

HOSPITALISATION A DOMICILE
SOINS ET SANTE

PRECIS PRATIQUE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

Sous la direction de

Odile Viennois-Marion
Directrice de l'H.A.D. – Soins et Santé

Sylvaine Seveignes
Directrice des Soins Infirmiers H.A.D. – Soins et Santé

PREFACE

L'H.A.D. de Lyon a initialisé en 1997 une Démarche Qualité, pour préparer l'accréditation des établissements de santé comme le prévoient les Ordonnances d'avril 1996.

Il est apparu incontournable au cours de l'auto diagnostic réalisé en novembre 1998, la nécessité de formaliser les pratiques soignantes pour les rendre lisibles, claires, évaluables et évolutives.

Il a été décidé que l'équipe de cadres infirmiers pourrait mener à bien ce travail d'élaboration des standards techniques propres à l'hospitalisation à domicile. Le projet a été placé sous la responsabilité conjointe d'un cadre infirmier de Soins et Santé et d'un cadre formateur. Un plan de formation interne a été intégré dans les différentes étapes de la démarche, pour apporter le soutien nécessaire et au moment opportun, à l'équipe des cadres infirmiers.

Le **système technique** se situe au cœur du système de production de soins. Il est formalisé par les **fiches techniques**, ou modes opératoires, et constitue le savoir faire de l'établissement. Les objectifs poursuivis sont de plusieurs ordres :

• Définir une rigueur de travail qui assurera la pérennité de la qualité proposée au patient lors des prises en charge au domicile,

• Rendre l'établissement moins vulnérable face aux diverses difficultés d'organisation des soins qui peuvent surgir en consignant par écrit les principaux savoir faire de Soins et Santé.

L'ensemble de ce travail a pour objectifs :

- la formalisation de référentiels nécessaires à l'évaluation des pratiques soignantes.
- l'évaluation de l'utilisation des outils professionnels par les infirmiers libéraux et salariés assurant les soins infirmiers des personnes soignées à domicile.
- l'évaluation des stratégies de mise en place et d'utilisation des outils professionnels infirmiers au domicile des personnes soignées dans le cadre de l'hospitalisation à domicile de Lyon.

O. Viennois-Marion
Directrice

Le travail réalisé pour l'élaboration des fiches techniques de soins infirmiers à domicile est remarquable dans son contenu mais aussi parce qu'il est le premier en son genre.

Ces protocoles confirment que l'Hospitalisation à Domicile est une véritable alternative à l'hospitalisation assurant aux patients une qualité des soins réalisée au domicile, confirmée par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales de Lyon et du Sud-Est.

Pour les médecins traitants, ce travail est l'assurance d'une prise en charge infirmière de qualité, notamment lorsque le soin découle d'une prescription médicale spécifique. Un travail de même nature devrait être réalisé ultérieurement dans le champ médical .

Eric Dubost
Médecin Coordonnateur de l'H.A.D.

L'élaboration de fiches techniques concernant les soins et la gestion de l'environnement prenant en compte la sécurité des patients et des personnels est une composante de la prévention des risques infectieux. Ces fiches techniques ont été élaborées dans le contexte du risque infectieux du domicile : un patient unique dans un lieu unique.

Ces fiches techniques n'ont pas pour seule vocation de guider le professionnel dans la réalisation des gestes techniques, elles peuvent également l'aider dans sa démarche de prise en charge de son patient, par les éléments d'évaluation et de transmissions des données cliniques qu'elles proposent dans chaque situation de soin.

L'élaboration du référentiel professionnel spécifique à l'hospitalisation à domicile a suivi la méthodologie suivante :

- Recherche bibliographique
- Elaboration de la version n° 1 des fiches techniques
- Test en situation de soins de l'ensemble des Fiches Techniques par les professionnels.
- Conférence de consensus.
- Rédaction de la version 2 : traitement des données recueillies pendant la phase de test.
- Validation de la version 2 par le C.CLIN du Sud EST

La Mise en place des Fiches Techniques et l'auto évaluation de la qualité des soins :
Ce sont les professionnels libéraux ou salariés qui, après une phase nécessaire d'appropriation des fiches techniques, conduiront cette démarche d'auto évaluation à l'aide de grilles d'évaluation spécifiques.

Cette phase d'auto-évaluation et de réflexion est l'élément central de la démarche d'élaboration des outils professionnels. Elle repose sur le contrat moral établi entre le professionnel libéral et l'hospitalisation à domicile, ou celui des infirmiers salariés de l'H.A.D.

Au cours de l'année 2000, un suivi de ce projet sera réalisé, en collaboration avec les professionnels libéraux et salariés de l'HAD. Ce projet a notamment pour but d'intégrer les partenaires libéraux à la démarche qualité. Il va permettre de constituer des groupes de travail par thème sur les grandes catégories de fiches techniques élaborées.

Ce groupe projet validera les grilles d'évaluation qui seront ensuite utilisées pour l'évaluation de la qualité des soins.

L'ensemble de ce travail de partenariat permettra à Soins et Santé d'élargir sa réflexion vers la rédaction d'un référentiel professionnel spécifique à l'exercice infirmier au domicile.



Sylvaine Seveignes
Directrice des Soins Infirmiers

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce précis :

- **pour la rédaction des fiches techniques :**

- Monique DUPUY, ANAES
- Odile BONNET, IFSI J. LEPERCQ CH St Joseph et St Luc – Lyon
- Les cadres infirmiers de l'Hospitalisation à Domicile SOINS ET SANTE
- Les infirmier(es) salariés ou libéraux ayant participé à la phase de test des Techniques de soins :
  Suzanne BERLIOZ-PILOT – Alain MARGUIRON - Nathalie MOREAU - Thérèse PELESTOR - Paul PEYRARD - Odile PICQ - Bernadette RENAUD - Sylvie RIGOLIER - Karine TAKES - Caroline VEILLON
- le groupe de validation du Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Sud-Est :
  - Professeur Jacques FABRY, Président du C.CLIN Sud-Est Centre Hospitalier Lyon Sud
  - Madame Christine CHEMORIN, Cadre Supérieur de Santé Hôpital Edouard Herriot
  - Docteur BLANC BIMARD, Centre Hospitalier Universitaire – APM Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hôtel Dieu Marseille
  - Docteur HAJJAR, Centre Hospitalier Général Valence
  - Madame BLANCO, Infirmière Hygiéniste Centre Hospitalier Universitaire Montpellier
  - Madame VEYRE, Pharmacien Hôpital Nord Centre Hospitalier Universitaire St Etienne
  - Madame REAT, Cadre Hygiéniste Centre Hospitalier Lyon Sud
  - Docteur BOUCAUD, C.CLIN Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc

- **pour l'aide financière à la logistique :**

- Les laboratoires AGUETTANT, ANIOS, BARD, BAYER DIAGNOSTICS, BRAUN BIOTROL, COLOPLAST, NESTLE, NOVARTIS, NUTRICIA, PHARMASET, RAFFIN, SIMS.
- Les prestataires de matériel : BASTIDE LE CONFORT MEDICAL, HYGIENE MEDICALE, PRESENCE MEDICALE.

FICHES TECHNIQUES DE SOINS

1. Préparation et environnement des soins

01 - Préambule sur la conduite à tenir avant tout soin à domicile
02 - Protocole d'élimination des déchets issus d'activités de soins à domicile
03 - Technique de désinfection des mains à domicile
04 - Technique de lavage antiseptique des mains à domicile lors d'un soin aseptique
05 - Technique d'antisepsie cutanée à domicile

2. Soins d'hygiène et de confort

06 - Technique d'hygiène corporelle d'une personne soignée à domicile
07 - Technique de soins de bouche d'une personne soignée à domicile
08 - Soins préventifs d'escarres d'une personne soignée à domicile
09 - Technique de pose d'un étui pénien chez une personne soignée à domicile
10 - Protocole d'éducation et de surveillance de l'hygiène alimentaire d'une personne soignée à domicile
11 - Soins d'hygiène oculaire d'une personne soignée à domicile
12 - Technique d'instillation de collyre chez une personne soignée à domicile

3. Soins et abord digestif

13 - Technique de pose d'une sonde nasogastrique chez une personne soignée à domicile
14 - Technique de nutrition entérale et de surveillance d'une personne soignée à domicile (âge > 1 an)
15 - Soins de sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie d'une personne soignée à domicile
16 - Surveillance du transit intestinal d'une personne soignée à domicile
17 - Technique de lavement évacuateur et goutte à goutte rectal chez une personne soignée à domicile

4. Soins et abord respiratoire

18 - Technique de préparation et d'utilisation de l'aérosol chez une personne soignée à domicile
19 - Installation de l'oxygénothérapie et surveillance de la personne soignée à domicile
20 - Technique d'aspiration trachéale chez une personne adulte soignée à domicile
21 - Soins quotidiens à une personne trachéotomisée soignée à domicile
22 - Technique de changement de canule de trachéotomie chez une personne soignée à domicile

5. Soins et abord urinaire

23 - Technique de sondage urinaire évacuateur d'une personne soignée à domicile
24 - Technique de drainage urinaire clos d'une personne soignée à domicile
25 - Entretien et surveillance d'une sonde urinaire à demeure chez une personne soignée à domicile
26 - Technique de prélèvement aseptique d'urine chez une personne à domicile porteuse d'une sonde à demeure
27 - Technique d'ablation de sonde à demeure chez une personne soignée à domicile

6. Soins techniques

28 - Mesure de la glycémie capillaire d'une personne soignée à domicile
29 - Technique d'injection d'insuline chez une personne soignée à domicile
30 - Technique d'injection intra-musculaire chez une personne soignée à domicile
31 - Pansement de propreté chez une personne soignée à domicile
32 - Pansement de plaies chez une personne soignée à domicile
33 - Protocole de surveillance et d'arrêt d'une ponction évacuatrice d'ascite chez une personne soignée à domicile

7. Soins et abord veineux

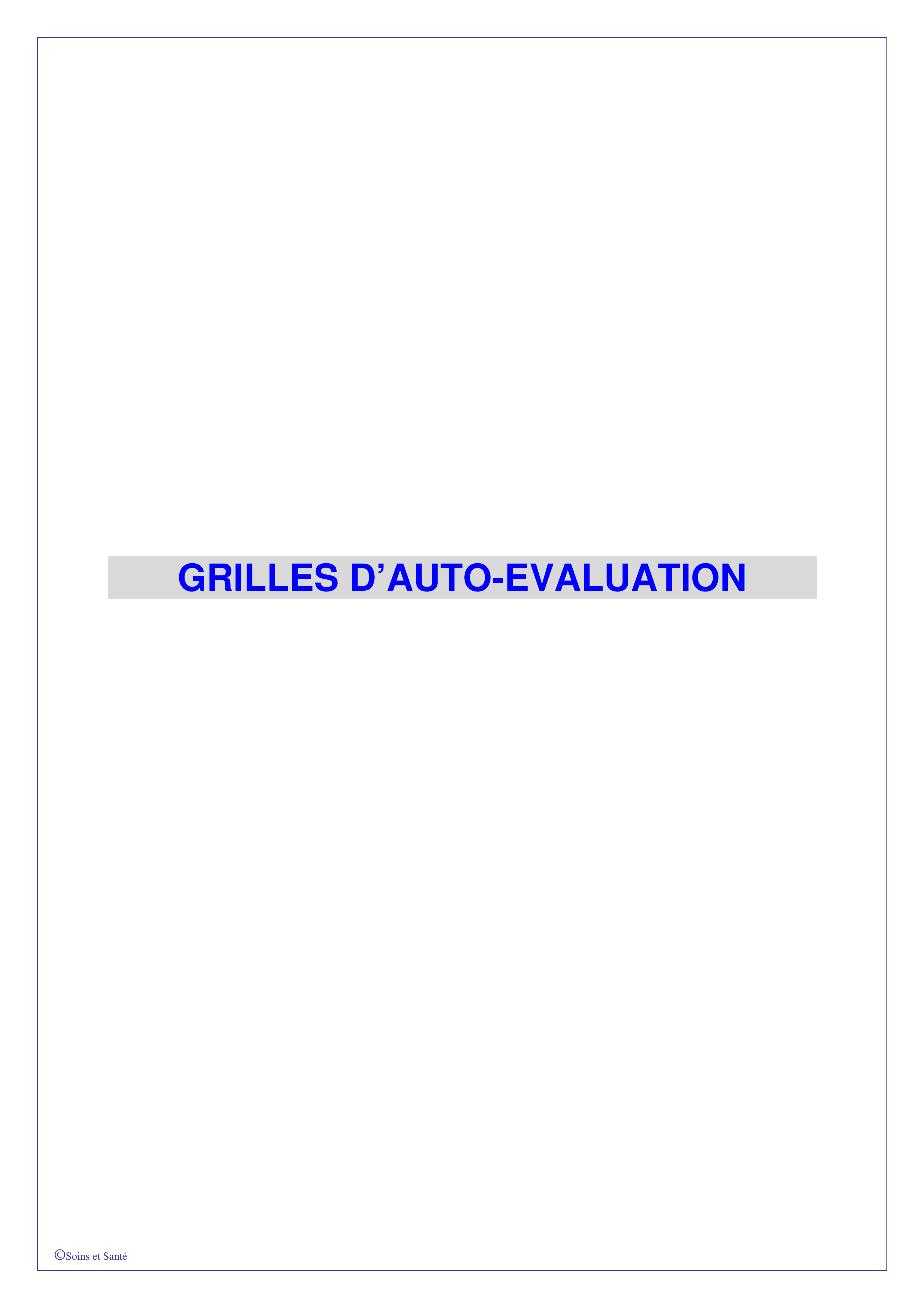
34 - Technique de perfusion par voie sous-cutanée chez une personne soignée à domicile
35 - Technique de pose et d'entretien d'un cathéter court chez une personne soignée à domicile
36 - Technique de pose de perfusion sur voie veineuse périphérique chez une personne soignée à domicile
37 - Technique d'entretien d'une voie d'abord chez une personne soignée à domicile
38 - Technique de réfection d'un pansement de voie veineuse centrale chez une personne soignée à domicile
39 - Technique de réfection d'un pansement de voie veineuse centrale avec changement de prolongateur chez une personne soignée à domicile
40 - Technique de pose de perfusion et d'injection sur voie veineuse centrale chez une personne soignée à domicile
41 - Technique d'utilisation et d'entretien d'une chambre implantable chez une personne soignée à domicile
42 - Technique de préparation d'une poche d'alimentation parentérale à domicile
43 - Technique de branchement d'une poche d'alimentation parentérale sur voie veineuse centrale chez une personne soignée à domicile
44 - Technique de débranchement d'une poche d'alimentation parentérale sur voie veineuse centrale chez une personne soignée à domicile

8. Soins et chimiothérapie

45 - Technique de préparation d'une chimiothérapie anti-cancéreuse chez une personne soignée à domicile
46 - Technique d'administration d'une chimiothérapie anti-cancéreuse chez une personne soignée à domicile

1. Nouvelles fiches techniques

47 - Conduite à tenir lors de l'hospitalisation a domicile d'un patient suspect de maladie de Creutzfeldt-Jacob
48 - Conduite a tenir lors de l'hospitalisation a domicile d'un patient atteint de gale
49 - Technique d'irrigation vésicale chez une personne soignée à domicile porteuse d'une sonde à demeure
50 - Technique de prélèvement de sang sur une voie veineuse centrale chez un patient traité à domicile
51 – Technique de réalisation d'une hémoculture chez un patient soigné à domicile
52 – Technique de mise en culture d'une voie veineuse centrale chez un patient traité à domicile
53 – Technique de mise en culture d'une sonde à demeure chez un patient traité à domicile
54 - Technique de change de sonde de cystostomie chez une personne soignée à domicile



GRILLES D'AUTO-EVALUATION

PREAMBULE SUR LA CONDUITE A TENIR POUR TOUT SOIN A DOMICILE

Objectif :

Assurer les soins avec les règles d'hygiène et respecter les règles définies par les fiches techniques.

Matériel :

- blouse non tissée (à changer en moyenne 3 fois/semaine)
- bassin réniforme
- savon liquide
- compresses non stériles
- alèses à usage unique
- essuie mains à usage unique
- gants à usage unique
- container à déchets pour objets piquants tranchants FT 2
- solution antiseptique pour les mains



Recommandations :

Pour garantir une bonne sécurité, il est important de savoir choisir pour chaque situation la mesure adaptée au risque.

Trois éléments sont à prendre en compte pour évaluer le risque potentiel de transmission d'infection :

. la sensibilité des patients aux infections
. le niveau d'asepsie requis par les soins
. le niveau de contamination des mains qui est fonction du geste antérieurement réalisé.

Ces éléments conduisent à classer le risque en trois niveaux :

Niveau de risque	Procédures	Indications
Bas (BAS)	Lavage simple ou traitement hygiénique des mains par friction	Prise de service/fin de service Gestes de la vie courante Activités hôtelières Contact avec peau saine
Intermédiaire (INTER)	Lavage hygiénique ou traitement hygiénique des mains par friction	Après tout contact avec patient en isolement septique Avant réalisation d'un geste invasif : KT veineux, sondage urinaire… Avant tout contact avec patient en isolement protecteur
Haut (HAUT)	Lavage chirurgical ou désinfection chirurgicale des mains par friction	Avant tout acte chirurgical Avant tout geste nécessitant une asepsie de type chirurgical : pose KT central…

Méthode :

Avant le soin :
- consulter le dossier
- prendre connaissance des protocoles de soins
- s'assurer du matériel présent au domicile
- nettoyer et décontaminer avec détergent/désinfectant de surface le plan de travail
- enfiler la blouse non tissée
- se laver les mains FT 3
- expliquer le soin à la personne soignée et à l'entourage
- veiller au confort de la personne soignée et l'installer de façon adaptée à la réalisation du geste prévu

Pendant le soin :
- appliquer la technique de soin déterminée

Après le soin :
- réinstaller la personne soignée
- évacuer les déchets FT 2
- enlever la blouse
- se laver les mains FT 3
- **en cas de risque infectieux, on effectuera un lavage antiseptique des mains pour prévenir tout risque de contamination manu portée FT 4**
- transmettre les informations recueillies lors des soins sur le dossier de soins présent au domicile de la personne soignée
- utiliser le système informatique ou télématique pour transmettre les changements observés dans l'état de la personne soignée
- contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Evaluation - transmissions :

- ♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'aspect de la plaie et le geste curatif réalisé
- ♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'aspect de la peau
- ♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire.

Texte réglementaire :	Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est	
Date de diffusion : Juin 2006 – Version n°2 Nb de pages : 2	

PROTOCOLE D'ELIMINATION DES DECHETS ISSUS D'ACTIVITES DE SOINS A DOMICILE

Objectif :

Assurer l'élimination des déchets issus d'activités de soins dans les conditions d'hygiène et de sécurité définies dans la réglementation en vigueur.

Protéger le personnel de soin, les agents chargés de l'élimination des déchets et l'environnement de toute contamination.

Matériel :

- récupérateur à aiguilles
- caisses en carton de 23 l et de 50 l
- fûts plastique de 30 l et de 50 l

Recommandations :

Le producteur de déchets d'activités de soins a la responsabilité d'identifier les déchets qui doivent suivre la filière d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux.

Définitions :

Les déchets à éliminer systématiquement par la filière des déchets à risques infectieux en raison de leur nature :

- les matériels ou matériaux piquants ou coupants, dès leur utilisation, **qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique**,
- les flacons de produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption, les tubes de prélèvement de sang, les dispositifs de drainage. D'une manière plus générale, tout article de soins et tout objet souillé par (ou contenant) du **sang** ou un autre **liquide biologique** (liquide pleural, péritonéal, péricardique, amniotique, synovial,...),
- les déchets anatomiques humains,
- certains déchets de laboratoire (milieux de culture, prélèvements,...).
- indépendamment de la notion de risques infectieux, tout petit matériel de soins fortement évocateur d'une activité de soins et pouvant avoir un **impact psycho-émotionnel** (seringue, tubulure, sonde, canule, drain, gant...).

Les déchets à éliminer par la filière des déchets à risques infectieux en raison de leur origine :

L'élimination de certains déchets d'activités de soins nécessite une évaluation au cas par cas pour décider de la filière par laquelle ils seront éliminés :
- soit la filière des déchets d'activités de soins à risques infectieux,
- soit la filière des déchets ménagers et assimilés.

Cette décision repose sur la mise en œuvre ou non de mesures d'hygiène spécifiques pour un patient donné, ou un groupe de patients, en fonction d'un statut infectieux avéré ou possible.

Les déchets ménagers et assimilés :

En application de ces principes, les couches pour enfants, les protections féminines et les **protections pour adultes incontinents** sont à éliminer par la filière des déchets ménagers et assimilés sauf si un risque infectieux existe.

Méthode de collecte en fonction des moyens mis à votre disposition par l'H.A.D. :

- Recueillir dans le **récupérateur à aiguilles** les déchets coupants ou tranchants (aiguilles, scalpels...).

- Recueillir :

  * les déchets à risques infectieux en raison de leur nature et de leur origine :
    - champs à usage unique
    - compresses
    - crachoirs
    - gants à usage unique
    - pansements
    - poches de drainage et d'irrigation
    - poches de sang et d'urine
    - prélèvements biologiques

  * les petits matériels fortement évocateurs ayant un fort impact psycho-émotionnel :
    - seringues
    - tubulures
    - sondes
    - canules...





dans les **fûts en plastique**
- de 50 l pour les patients HIV +
- de 30 l pour les patients infectés+++

dans les **cartons**
- de 23 l pour les patients recevant une chimiothérapie
- de 50 l pour les patients ayant de gros pansements

- Les fûts et les cartons sont collectés de façon hebdomadaire au domicile du patient par un transporteur agréé.

- Les récupérateurs à aiguilles fermés définitivement sont collectés par les livreurs de Soins et Santé de façon hebdomadaire.

Texte réglementaire :	cf arrêté n° 95-005 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est	
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2	

TECHNIQUE DE DESINFECTION DES MAINS A DOMICILE

Objectif :

Eviter la contamination manuportée avant et après tout soin à domicile

Matériel :

- savon liquide
- essuie-main à usage unique
- solution antiseptique pour les mains

Recommandations :

Avoir les ongles courts, sans vernis.
Enlever les bijoux.
Porter des gants ne dispense pas du lavage préalable des mains.
Utiliser une solution désinfectante ne remplace pas le lavage des mains.

Méthode :

Technique de lavage simple des mains :

- dégager les avant-bras
- mouiller les mains avec de l'eau tiède
- verser une dose de savon dans la paume de la main
- faire mousser en se frottant les mains et insister sur les espaces interdigitaux pendant 30 secondes
- rincer abondamment pendant 30 secondes
- sécher par tamponnements avec l'essuie-mains à usage unique de l'extrémité des doigts vers le poignet
- fermer le robinet avec le dernier essuie-mains utilisé







Désinfection hygiénique par friction (solution antiseptique pour les mains) :

- dégager les avant-bras
- procéder sur des mains sèches et non lésées
- mettre le produit pur dans le creux de la main
- étaler soigneusement le produit sur les mains (face interne, face externe, poignets)
- insister sur les ongles et les espaces inter-digitaux
- frotter les mains jusqu'à séchage de la solution
- ne pas rincer

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales	
Validation CCLIN Sud-Est	
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1	

TECHNIQUE DE LAVAGE ANTISEPTIQUE DES MAINS A DOMICILE LORS D'UN SOIN ASEPTIQUE

Objectif :

Eviter la contamination manuportée avant un geste aseptique et après un geste septique.

Matériel :

- savon antiseptique
- essuie-mains à usage unique stérile contenu dans le set de soins

Recommandations :

Avoir les ongles courts, sans vernis, et les avant-bras dégagés.
Enlever les bijoux.
Porter des gants ne dispense pas du lavage préalable des mains.
En fonction du niveau de risque, on peut proposer un lavage simple des mains au savon liquide + une friction avec une solution antiseptique pour les mains. FT 1

Méthode :

- dégager les avant-bras.
- mouiller les mains avec de l'eau tiède.
- verser une dose de savon antiseptique dans la paume de la main.
- faire mousser en se frottant les mains en insistant sur les espaces interdigitaux pendant 1 minute et remonter sur les avant-bras.
- rincer abondamment pendant 1 minute.
- sécher par tamponnements avec l'essuie-mains à usage unique contenu dans le set de soins, de l'extrémité des doigts vers le poignet et les avant-bras
- fermer le robinet avec le dernier essuie-mains utilisé.
- s'il y a risque de contamination lors de la fermeture du robinet, surseoir à la fermeture ou le faire fermer par quelqu'un d'autre.








Texte réglementaire :	Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est	
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1	

TECHNIQUE D'ANTISEPSIE CUTANEE A DOMICILE

Objectif :

Réaliser l'antisepsie de la peau saine en 5 temps.

Matériel :

- savon antiseptique (selon prescription)
- solution antiseptique (selon prescription de la même gamme que le savon)
- eau stérile
- compresses stériles
- tampons stériles



Recommandations :

Aller du moins septique au plus septique.
Ne jamais revenir sur une zone déjà nettoyée à partir du rinçage et pour les temps suivants.
Noter sur chaque flacon la date d'ouverture et respecter le délai d'utilisation.
Ce protocole s'applique pour les peaux saines ; en cas de lésions cutanées ou de muqueuse, utiliser la gamme de produits appropriés.

Méthode :

1. nettoyer la peau avec les tampons stériles imbibés de savon antiseptique et d'eau stérile jusqu'à obtention d'une mousse

2. rincer à l'aide de compresses stériles avec l'eau stérile jusqu'à élimination totale de la mousse de la zone la moins septique à la zone la plus septique sans jamais revenir sur la zone déjà traitée

3. sécher à l'aide de compresses stériles

4. appliquer l'antiseptique avec des tampons stériles

5. attendre 2 minutes avant de recouvrir la peau
   respecter le temps de séchage de l'antiseptique

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

TECHNIQUE D'HYGIENE CORPORELLE D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Assurer les soins d'hygiène à la personne soignée dépendante à son domicile en sollicitant sa participation à chaque fois que cela est possible.

Matériel :

Matériel de soin :

- 1 blouse non tissée
- matériel soins de bouche si nécessaire
- bassin réniforme
- alèse
- cellulose
- savon liquide
- gants à usage unique

Matériel personnel de la personne soignée :

- 2 serviettes
- 2 gants
- 1 cuvette
- nécessaire à raser
- peigne, brosse à cheveux
- vêtements propres
- brosse à dents + dentifrice
- 1 table
- draps de rechange

Recommandations :

- Savonner largement, rincer abondamment et sécher minutieusement (ceci pour toutes les étapes).
- Solliciter la participation de la personne soignée et/ou de son entourage.
- Si la personne soignée est souillée, réaliser un soin de siège avant de commencer la toilette.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» **FT 1**
- lavage simple des mains **FT 3**
- protéger la literie pour chaque étape de la toilette
- préparer l'eau tiède au dernier moment
- laver le visage minutieusement
- raser :
  . si rasoir électrique, le rasage se fait avant de mouiller le visage
  . si rasoir mécanique, laver le visage avant
- procéder à l'hygiène dentaire
- si soins de bouche **FT 7**
- découvrir le patient progressivement
- laver le torse et les bras
- laver les membres inférieurs
- changer l'eau pour la toilette génitale
- laver largement en allant du plus propre au plus sale, du pubis à la région anale avec un gant de toilette à usage unique
  . pour la personne soignée porteuse d'une sonde **FT 25**
  . pour la personne soignée porteuse d'un étui pénien **FT 9**
- changer l'eau pour la toilette du dos et du siège
- préparer la literie et le change complet si nécessaire avant de tourner la personne soignée
- installer la personne soignée sur le côté
- laver le dos
- laver le siège, du plus propre au plus sale
- effectuer systématiquement un soin préventif d'escarres : coudes, talons, sacrum, épaules, colonne vertébrale... **FT 8**
- installer le change complet si besoin
- tourner la personne soignée de l'autre côté afin de terminer la toilette et l'habiller
- réinstaller la personne soignée dans la position choisie
- coiffer les cheveux
- ranger la cuvette et le matériel après les avoir lavés
- éliminer les déchets **FT 2**
- se laver les mains **FT 3**

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée, son niveau de participation
- noter l'état de la peau

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE SOINS DE BOUCHE D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Assurer chez la personne soignée une hygiène buccale .

Matériel :

- blouse non tissée
- savon liquide
- bâtonnets de soin de bouche ou compresses non stériles
- solution pour bain de bouche
- bassin réniforme
- gants à usage unique si besoin
- verre
- abaisse langue
- solution médicamenteuse de badigeonnage selon prescription médicale



Recommandations :

1. Ne pas utiliser de pince.
2. Obtenir si possible la participation de la personne soignée.
3. **Réaliser les soins de bouche hygiéniques au minimum 2 à 3 fois par jour après les repas.**
4. Solliciter la participation de la famille.
5. Appliquer les thérapeutiques locales prescrites toujours après le soin de bouche selon la fréquence prescrite.

Méthode :

Temps hygiénique :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- se laver les mains FT 3
- faire rincer la bouche avant le soin

- si la personne soignée possède une prothèse dentaire :
  . l'enlever à l'aide d'une compresse,
  . la laver à l'eau courante,
  . la placer dans un verre

- tremper le bâtonnet ou la compresse dans la solution de badigeonnage
- nettoyer dans l'ordre suivant :
  . les gencives
  . l'intérieur des joues
  . le palais
  . la langue
- rincer le bâtonnet pour chaque partie ou changer la compresse

- pour certaines personnes soignées, il est plus facile de faire les soins de bouche sans bâtonnet : utiliser alors un gant à usage unique non stérile en enroulant la compresse autour de l'index et en procédant comme précédemment

- badigeonner si nécessaire à la glycérine Boratée la cavité buccale et les lèvres

Temps thérapeutique :

- badigeonner à l'aide de la solution médicamenteuse prescrite
- réinstaller la personne soignée
- éliminer les déchets FT 2
- ranger le matériel après l'avoir nettoyé
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

- ♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée, son niveau de participation
- noter l'état de la muqueuse buccale, l'évolution des lésions et son retentissement sur la prise alimentaire
- noter si la prise alimentaire s'améliore ou reste douloureuse

- ♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

- ♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

SOINS PREVENTIFS D'ESCARRES D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Maintenir une intégrité parfaite de la peau malgré des compressions entre le plan du lit et du fauteuil et une saillie osseuse ou cartilagineuse, en sollicitant au maximum la coopération de la personne soignée et de son entourage.

Matériel :

déterminé en fonction du risque (cf échelle de risques)

- matelas gaufrier (type Cliniplot®)
- coussin gel
- arceau de lit
- produits médicamenteux (type Sanyrène®)
- blouse non tissée
- savon liquide

Recommandations :

Planifier et réaliser les soins selon une périodicité inscrite dans le dossier de soins et tenant compte des facteurs de risques.
Masser **sans pétrir : faire un massage effleurage**
Masser tous les points d'appui et ceux susceptibles de l'être lors du changement de position.
Eduquer l'entourage à réaliser ce soin en fonction de la périodicité déterminée.
Maintenir une hygiène parfaite de la peau. **FT 6**
Veiller à une hydratation et une alimentation équilibrée. **FT 10**

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» **FT 1**
- se laver les mains **FT 3**
- mobiliser la personne soignée chaque fois que cela est possible
- changer de position régulièrement (au moins toutes les 3 heures) en fonction de la planification établie dans le dossier de soins
- masser par effleurement avec 2 à 3 gouttes de Sanyrène® pendant 1 minute
- réinstaller la personne soignée en fonction de ses besoins
- se laver les mains **FT 3**

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée, son niveau de participation
- noter l'état de la peau aux différents points de pression

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

TECHNIQUE DE POSE D'UN ETUI PENIEN
CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Assurer le recueil des urines pour le confort de la personne incontinente.
Eviter les conséquences cutanées de l'incontinence.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- 1 étui pénien de taille adaptée
- 1 sac collecteur d'urines vidangeable
- 1 porte sac à urine



Recommandations :

- Changer l'étui pénien tous les jours.
- Changer le sac collecteur 2 fois/semaine.
- Eduquer l'entourage.
- Surveiller la bonne vidange des urines dans le sac.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- se laver les mains FT 3
- effectuer la pose de l'étui pénien après une toilette génitale FT 6
- raser les poils autour de la verge si nécessaire
- placer l'étui pénien (cf mode d'emploi ci-dessous)
- déchirer dans le sens de la longueur le sachet pour l'ouvrir
- appliquer le joint de fixation
- retirer les deux papiers protecteurs
- placer une extrémité du joint sur le pénis à la hauteur désirée mais pas sur le gland
- enrouler le joint autour du pénis en l'étirant très légèrement
- dérouler l'étui pénien sur le pénis et sur le joint
- presser légèrement sur l'étui pénien pour le faire adhérer parfaitement au joint
- raccorder l'étui pénien au sac collecteur d'urines
- pour retirer l'étui pénien, le dérouler sous les doigts, le joint suivra
- bien maintenir la verge à sa base afin d'éviter sa rétraction
- veiller à ce que l'étui pénien ne se mette pas en torsion lors de l'installation et de la mobilisation de la personne soignée
- éliminer les déchets FT 2
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

- ♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état de la personne soignée, son niveau de participation
- noter l'état cutané de la base et de l'extrémité de la verge
- noter la diurèse si besoin et les caractéristiques des urines
- ♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre tout anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile
- ♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

PROTOCOLE D'EDUCATION ET DE SURVEILLANCE DE L'HYGIENE ALIMENTAIRE D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Maintenir un apport nutritionnel adapté en sollicitant la contribution de la personne soignée et de son entourage.

Recueil de données :

- quantifier sur une durée déterminée, en fonction de l'objectif poursuivi, l'apport hydrique et l'apport alimentaire
- peser la personne soignée
- évaluer la diurèse et le transit
- connaître les habitudes alimentaires de la personne soignée (goût, culture, religion)
- connaître et évaluer le degré d'autonomie de la personne soignée (déglutition, motricité et coordination des membres supérieurs, troubles visuels)
- observer la personne soignée : corpulence, œdèmes, déshydratation, escarres, état buccal et dentaire
- prendre en compte les thérapeutiques
- prendre connaissance des résultats sanguins
- travailler en collaboration avec le médecin traitant et une diététicienne si besoins spécifiques

Conseils à prodiguer à la personne soignée et à son entourage :

Lors de la prise du repas :
- installer la personne soignée au calme en position assise ou ½ assise
- prévoir des aides techniques telles que tapis anti-dérapant, couverts à manche épaissi, paille, etc...
- veiller à ce que l'alimentation soit adaptée aux possibilités de la personne soignée (alimentation liquide, mixée, hachée, eau gélifiée)
- prévoir le lavage des mains et l'hygiène buccale de la personne soignée

Pour l'équilibre alimentaire :
- veiller à ce que les repas quotidiens apportent les 5 groupes d'aliments : laitages, viandes-oeufs-poissons, féculents, légumes-fruits, matières grasses
- veiller à un apport liquidien suffisant
- conseiller des produits alimentaires de substitution ou en complément prêts à l'emploi lorsque l'alimentation est impossible, mal tolérée ou insuffisante

Evaluation - transmissions :

- peser la personne soignée 1 fois par semaine si possible
- mesurer la diurèse si nécessaire
- évaluer le transit de la personne soignée
- évaluer avec la personne soignée et son entourage la mise en œuvre des conseils et réajuster si besoin

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000
Nb de pages : 1

SOINS D'HYGIENE OCULAIRE D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Maintenir l'hygiène oculaire chez une personne soignée à domicile.

Matériel :

- blouse non tissée
- savon liquide
- dosette de sérum physiologique
- compresses stériles



Recommandations :

Eduquer la personne soignée et son entourage à pratiquer ce soin aussi souvent que nécessaire.

Rappeler à la personne soignée et à son entourage les règles élémentaires d'hygiène oculaire :

- ne jamais utiliser de coton
- ne pas toucher les yeux avec des mains sales
- ne pas frotter les yeux
- changer de compresse pour chaque œil

Ne jamais utiliser une dosette entamée.

En cas de perte du réflexe palpébral, il est conseillé de maintenir la paupière fermée.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- se laver les mains FT 3
- imbiber les compresses de sérum physiologique
- passer la compresse du coin externe de l'œil vers le coin interne en évitant de toucher la cornée
- si besoin, renouveler l'opération en changeant de compresse.
- changer de compresse pour chaque œil
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'aspect de la cornée et l'irritation des conjonctives
- noter l'aspect des sécrétions (larmes ou dépôt)
- inscrire la fréquence du soin

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

TECHNIQUE D'INSTILLATION DE COLLYRE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Appliquer une thérapeutique locale oculaire chez la personne soignée à domicile.

Matériel :

- blouse non tissée
- savon liquide
- collyre prescrit
- compresses stériles

Recommandations :

Un collyre ouvert se conserve 15 jours maximum.

Noter en clair la date d'ouverture sur le flacon.

Pour la conservation du collyre, suivre les indications du laboratoire (durée d'utilisation, stabilité du produit et conservation).

Conseiller l'utilisation de dosettes à usage unique.

Eduquer la personne soignée et son entourage à pratiquer ce soin aussi souvent que nécessaire.

Rappeler à la personne soignée et à son entourage les règles élémentaires d'hygiène oculaire :

- ne jamais utiliser de coton
- ne pas toucher les yeux avec des mains sales
- ne pas frotter les yeux
- changer de compresse pour chaque œil

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» **FT 1**
- se laver les mains **FT 3**
- installer si possible la personne soignée pour qu'elle puisse mettre la tête en arrière
- effectuer un soin d'hygiène oculaire **FT 11**
- demander à la personne soignée de regarder vers le haut
- tirer légèrement la partie externe de la paupière inférieure vers le bas
- faire tomber la goutte de collyre dans le cul-de-sac conjonctival
- demander à la personne soignée de changer son regard de direction
- maintenir 1 à 2 seconde la paupière inférieure tirée
- essuyer le surplus de collyre avec une compresse
- éliminer le matériel souillé **FT 2**
- se laver les mains **FT 3**
- réinstaller la personne soignée

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'aspect des conjonctives
- noter l'aspect des sécrétions (larmes ou dépôt)
- évaluer avec la personne soignée l'efficacité de la thérapeutique et la diminution de sa gêne ou de son inconfort

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE POSE D'UNE SONDE NASOGASTRIQUE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Introduire par voie nasale chez la personne soignée à domicile une sonde jusque dans l'estomac pour permettre une alimentation entérale ou une vidange gastrique

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- compresses non stériles
- sonde nasogastrique (choisie en fonction de l'objectif poursuivi)
- si la sonde n'est pas pré-lubrifiée : huile ou vaseline en unidose
- 1 alèse à usage unique
- bandelettes adhésives
- 1 stéthoscope
- 1 seringue de 50 ml adaptable à la sonde
- 1 fosset
- 1 sac à urine + 1 porte sac (si vidange de l'estomac)
- 1 bassin réniforme
- 1 abaisse-langue



Recommandations :

Si la personne soignée se met à tousser violemment avec coloration du faciès, il peut y avoir fausse route de la sonde qui se trouve alors dans les voies aériennes : retirer alors la sonde de 5 à 6 cm, laisser la personne soignée retrouver une respiration et une coloration normales et recommencer l'introduction de la sonde.
Si la personne soignée est inconsciente, essayer de déclencher le réflexe de déglutition en appuyant sur la langue avec l'abaisse-langue.
Faire un soin de nez quotidien avec nettoyage de la narine à l'aide d'une compresse non stérile et changement des bandelettes adhésives.
Changer de narine à chaque change de sonde nasogastrique, si possible.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» **FT 1**
- prévenir la personne soignée et son entourage
- expliquer le déroulement du soin et l'importance de la participation de la personne soignée selon son état de conscience
- installer la personne soignée en position assise ou demi-assise, la tête penchée en avant
- mettre une blouse non tissée
- se laver les mains **FT 3**
- préparer le matériel
- protéger la personne soignée à l'aide d'une alèse à usage unique
- nettoyer le nez et les narines
- repérer la longueur de la sonde à introduire : distance nez-oreille-estomac
- lubrifier si besoin
- introduire délicatement la sonde dans la narine en tenant la sonde entre le pouce et l'index
- demander à la personne soignée de déglutir spontanément quand la sonde arrive dans la gorge
- faire avaler pour faciliter le passage de la sonde
- pousser la sonde au moment de la déglutition jusqu'au repère déterminé
- vérifier la position de la sonde en demandant à la personne soignée d'ouvrir la bouche
- vérifier le bon positionnement de la sonde dans l'estomac en injectant au moyen de la seringue 20 ml d'air
- écouter avec le stéthoscope placé au préalable au niveau de l'hypochondre gauche, un bruit franc (gargouillis) doit être entendu, l'injection de l'air doit être aisée
- fixer la sonde sur la narine au moyen des bandelettes adhésives en faisant une " cravate ", la sonde ne doit pas appuyer sur la narine
- mettre un fosset ou adapter le sac collecteur et faire une boucle de sécurité pour éviter les tractions sur la sonde
- réinstaller la personne soignée
- éliminer le matériel souillé **FT 2**
- se laver les mains après le soin **FT 3**

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée, son niveau de participation
- noter l'état de la muqueuse buccale
- noter la date de la pose de la sonde nasogastrique, le type et le calibre de la sonde
- noter s'il y a lieu les difficultés techniques observées lors de la pose
- noter le ressenti de la personne soignée

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000
Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE NUTRITION ENTERALE ET DE SURVEILLANCE D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE (AGE > 1 AN)

Objectif :

Assurer une alimentation adaptée à la personne soignée en utilisant la voie digestive par l'intermédiaire d'une sonde nasogastrique ou d'une sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- 1 pied à sérum
- 1 pompe d'alimentation
- flacons de nutrition entérale prescrits
- 1 tubulure par jour
- 1 bassin réniforme
- compresses stériles
- réservoir Flex®
- eau pour rincer la tubulure et la sonde après utilisation
- 1 fosset
- 1 seringue de 50 ml adaptée à la sonde
- 1 alèse à usage unique



Recommandations :

Changer la tubulure tous les jours et le réservoir de rinçage 1 fois/semaine.
Rincer la tubulure avant et après chaque utilisation (médicaments ou alimentation).
Conserver la tubulure munie de ses capuchons protecteurs.
Stocker les produits de nutrition entérale à température ambiante.
Administrer si besoin les thérapeutiques prescrites en dehors du passage de l'alimentation entérale.
Vérifier auprès du pharmacien ou du médecin que la forme galénique des médicaments peut subir une dilution ou une réduction en poudre sans entraîner de modification pharmacocinétique.
Arrêter l'alimentation entérale en cas de vomissements.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- se laver les mains FT 3
- mettre la personne soignée en position assise ou demi-assise
- vérifier chaque jour la sonde lors du branchement de la nutrition : tolérance clinique et perméabilité
- agiter le sachet ou le flacon d'alimentation entérale
- adapter la tubulure au flacon puis la purger et la placer dans la pompe d'alimentation entérale
- régler le débit sachant qu'il ne doit pas être supérieur à 250 ml/heure
- mettre en route la pompe
- adapter la tubulure à la sonde nasogastrique
- rincer la sonde nasogastrique en fin de nutrition à l'aide de la seringue avec de l'eau
- rincer la tubulure après chaque flacon d'alimentation à l'aide du réservoir Flex®
- ranger le matériel
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

- Sur le dossier de soins :
  - noter l'état général de la personne soignée, son niveau de participation
  - noter l'état de la muqueuse buccale
  - noter les difficultés techniques observées lors de la pose
  - noter le ressenti de la personne soignée
  - noter la quantité d'alimentation entérale reçue
  - noter l'heure de la pose (début et fin) des différents flacons prescrits
  - noter l'état d'hydratation de la personne soignée
  - noter si on observe vomissements, ballonnements, nausées, diarrhées
  - noter le poids de la personne soignée régulièrement si possible

- Transmission informatique ou télématique :
  - saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
  - transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

- Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

SOINS DE SONDE DE GASTROSTOMIE OU DE JEJUNOSTOMIE D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Maintenir l'intégrité de la peau de la personne soignée.
Vérifier le bon positionnement de la sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- compresses non stériles
- eau
- savon liquide
- gant de toilette à usage unique
- pansements adhésifs 6 x 6
- bandelettes adhésives



Recommandations :

- Respecter les consignes transmises par l'opérateur qui a effectué la pose.
- Les soins de sonde sont réalisés quotidiennement au cours de la toilette et plus si nécessaire.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- se laver les mains FT 3
- enlever le pansement en place s'il y a lieu
- nettoyer l'orifice de la stomie à l'aide du gant de toilette à usage unique et du savon liquide
- procéder par mouvements circulaires sans tirer sur la sonde
- rincer abondamment
- sécher avec une compresse
- renouveler la fixation de la sonde
- remettre un pansement adhésif si besoin
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée, son niveau de participation
- noter le ressenti de la personne soignée (douleurs, démangeaisons, brûlures autour de la stomie)
- noter l'état cutané (rougeurs, écoulements, indurations)

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

SURVEILLANCE DU TRANSIT INTESTINAL D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Permettre à la personne soignée à domicile d'avoir un transit intestinal adapté à ses habitudes de vie.

Méthode :

- Procéder à un recueil de données précis portant sur :
  - les habitudes de vie de la personne soignée
  - la mobilité de la personne soignée
  - les habitudes alimentaires de la personne soignée
  - l'hydratation de la personne soignée
  - les thérapeutiques prescrites à la personne soignée

- Prodiguer des conseils à la personne soignée et à son entourage portant sur les principes suivants :
  - en cas de constipation, augmenter les apports hydriques et les aliments riches en fibres
  - en cas de diarrhée, éliminer de l'alimentation les aliments pouvant irriter l'intestin, augmenter les apports hydriques
  - favoriser la mobilisation de la personne soignée, si possible
  - **n'administrer en aucun cas des médicaments modifiant le transit intestinal sans prescription du médecin traitant**

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter le ressenti de la personne soignée
- noter si ballonnements
- noter la présence de selles, leur fréquence et leur aspect

♦ Transmission informatique ou télématique :
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

TECHNIQUE DE LAVEMENT EVACUATEUR ET GOUTTE A GOUTTE RECTAL CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Permettre l'évacuation des selles de la personne soignée à domicile.

Matériel :

- blouse non tissée
- savon liquide
- gants à usage unique
- alèses à usage unique
- compresses non stériles
- bassin
- boc à lavement
- vaseline
- canule de Murphy®
- perfuseur
- sonde rectale
- raccord asymétrique (perfuseur-sonde)



Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- informer la personne soignée et son entourage
- mettre la blouse non tissée
- se laver les mains FT 3
- préparer la solution selon prescription
- installer la personne soignée en décubitus latéral gauche sur l'alèse
- lubrifier et introduire l'embout de la sonde rectale au bout de la canule de Murphy®
- enfiler les gants
- faire passer la solution lentement sans déclencher de douleurs
- retirer la canule ou la sonde
- mettre la personne soignée en décubitus dorsal
- positionner le bassin
- recommander à la personne soignée de garder le lavement le plus longtemps possible suivant la quantité administrée
- favoriser l'intimité de la personne soignée pendant l'exonération du lavement
- quantifier le volume restitué
- procéder à une toilette et réinstaller la personne soignée FT 6
- éliminer le matériel souillé FT 2
- retirer les gants
- se laver les mains et faire laver les mains de la personne soignée FT 3

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter le ressenti de la personne soignée, douleurs lors de l'administration du produit et efficacité
- noter la présence de selles, leur coloration, leur aspect et leur quantité

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

TECHNIQUE DE PREPARATION ET D'UTILISATION DE L'AEROSOL CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Permettre l'humidification des voies respiratoires et l'administration de produits médicamenteux par voies aériennes. Faire pénétrer dans les bronches des produits médicamenteux permettant de lever le spasme bronchique, de fluidifier les sécrétions bronchiques afin de faciliter l'expectoration et la lutte contre l'infection bronchique chez la personne soignée.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- aérosol pneumatique (à air comprimé) ou aérosol ultrasonique
- masque nasal ou trachéal
- crachoirs
- produits médicamenteux selon prescription
- antiseptique
- seringues
- trocards
- compresses non stériles
- ampoules de sérum physiologique



Recommandations :

Respecter la prescription médicale (durée, posologie et fréquence)
Réaliser l'entretien journalier du matériel
Changer le masque 1 fois/semaine
Programmer l'aérosol loin des repas (minimum 30 mn)
Brancher le nébuliseur sur l'arrivée d'oxygène si le patient est sous oxygénothérapie permanente.
Coordonner les séances avec les éventuelles séances de kinésithérapie.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- mettre une blouse non tissée
- se laver les mains FT 3
- reconstituer les produits médicamenteux prescrits avant chaque aérosol
- remplir la chambre de nébulisation en complétant avec le sérum physiologique jusqu'au repère
- installer la personne soignée en position demi-assise et lui demander de se moucher
- brancher l'appareil et fixer le masque sur la tubulure de sortie
- mettre l'appareil en marche
- vérifier la production d'un brouillard
- placer le masque
- indiquer à la personne soignée d'inspirer par la bouche et d'expirer par le nez pendant la durée de l'aérosol
- arrêter l'aérosol après épuisement de la solution médicamenteuse
- assister la personne pendant l'expectoration et la faire se moucher
- réinstaller la personne soignée
- nettoyer le matériel à l'eau claire (ne pas utiliser de savon) puis sécher
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

- ♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter le ressenti de la personne soignée
- noter l'efficacité de l'aérosol :
  - encombrement
  - aspect des sécrétions : couleur, fluidité, abondance
  - coloration de la peau de la personne soignée
  - pouls et fréquence respiratoire
  - dyspnée, tolérance à l'activité

- ♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

- ♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000
Nb de pages : 2

INSTALLATION DE L'OXYGENOTHERAPIE ET SURVEILLANCE DE LA PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Oxygéner les cellules et les tissus de l'organisme.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- lunette nasale ou masque à oxygène ou sonde selon la prescription et le choix de la personne soignée
- oxygène :
  - soit en obus gazeux
  - soit par concentrateur
  - soit en oxygène liquide : trois capacités de bouteilles
    - 3 m3 ou 3 000 l
    - 1 m3 ou 1 000 l
    - 0.4 m3 ou 400 l
- humidificateur selon prescription
- eau faiblement minéralisée (ex. : Volvic)
- tuyaux de longueur adaptée pour raccorder les appareils



Recommandations :

Ne pas placer l'oxygène à côté d'une source de chaleur.
Ne pas fumer.
Ne pas utiliser de corps gras.
⇒ risque d'explosion et de brûlure
Laver l'humidificateur tous les jours à l'eau claire.
Changer les lunettes ou le masque au moins 1 fois par semaine.
Contrôler l'approvisionnement en oxygène :
. si oxygène en obus : disposer d'un obus non entamé
. si concentrateur : prévoir un obus de réserve à n'utiliser qu'en cas de panne E.D.F.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» 

A. Obus d'oxygène

- enlever la capsule qui obstrue le pas de vis de l'obus et la jeter (pour marquer la différence entre la bouteille pleine ou vide)
- visser le manodétendeur sur le pas de vis à l'aide de la bague blanche
- serrer à la main sans forcer
- brancher le tuyau d'oxygène sur la buse de sortie d'oxygène ou à la sortie de l'humidificateur
- ouvrir doucement la bouteille, la pression de l'oxygène se situe entre 100 et 200 bars, vérifier sur le manomètre
- raccorder la lunette ou le masque au tuyau d'oxygène
- ouvrir le débit litre et le régler en fonction de la prescription médicale
- vérifier que les tuyaux ne soient ni coudés, ni en mauvais état (au besoin, tremper les extrémités de la lunette dans un verre d'eau, l'effet de bulles indiquera que l'oxygène arrive bien)
- se laver les mains
- mettre en place le masque ou les lunettes

B. Concentrateur

- installer le concentrateur dans une autre pièce que la chambre
- vérifier que les tuyaux ne soient pas coudés, ni en mauvais état (au besoin, tremper les extrémités de la lunette dans un verre d'eau, l'effet de bulles indiquera que l'oxygène arrive bien)
- nettoyer le filtre à air 1 fois/semaine à l'eau claire et le sécher avant de le remettre en place
- si tuyau de raccordement est > 10 m, respecter les consignes d'adaptation de débit données par le constructeur
- brancher l'appareil sur une prise électrique dans une pièce aérée et non humide (éviter la salle de bains)
- laisser les filtres d'air dégagés
- régler le débit d'oxygène à l'aide du manomètre
- remplir l'humidificateur jusqu'au niveau indiqué
- mettre l'appareil en route 10 mn avant de brancher la personne soignée
- relier l'humidificateur au tuyau d'oxygène et adapter les lunettes ou le masque
- se laver les mains
- mettre en place le masque ou les lunettes

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter le ressenti de la personne soignée
- noter la couleur des téguments et la présence ou non de sueurs
- noter le pouls et la fréquence respiratoire
- noter la dyspnée

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000
Nb de pages : 2

TECHNIQUE D'ASPIRATION TRACHEALE CHEZ UNE PERSONNE ADULTE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Dégager les voies aériennes supérieures d'une personne soignée ayant des difficultés à expectorer.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- aspirateur trachéal
- 1 sonde d'aspiration PVC ou type Nelaton®
- compresses non stériles
- gants à usage unique
- masque à visière
- 1 valve anti-retour + 1 jeu de tuyau
- 3 bocaux de verre numérotés :
    - n° 1 : 1 bocal avec eau du robinet + antiseptique (type Solustéril® ou Dakin®) pour le trempage de la sonde
    - n° 2 : 1 bocal avec de l'eau bouillie pour rinçage de la sonde avant aspiration
    - n° 3 : 1 bocal avec de l'eau pour rinçage de la sonde après aspiration



Recommandations :

Dans le cadre de la prévention des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques, le port d'un masque à visière est fortement recommandé pour tous les soins comportant un risque d'injections.

Utiliser une sonde par jour.
En cas d'utilisation d'une sonde type Nelaton® :
- la faire bouillir la première fois pour la ramollir
- la mettre à tremper dans le bocal antiseptique n° 1

Entretien des bocaux :
- les laver tous les jours
- changer l'eau tous les jours

Entretien des sondes :
- changement de sonde PVC tous les jours
- si sonde Nelaton®, la changer 1 fois/semaine

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» **FT 1**
- expliquer à la personne soignée et à son entourage le déroulement du geste
- mettre une blouse non tissée
- se laver les mains **FT 3**
- mettre des gants à usage unique ainsi que le masque à visière
- mettre en marche l'aspirateur trachéal
- vérifier le bon fonctionnement du système d'aspiration
- adapter la sonde à la valve anti - retour avec une compresse
- rincer la sonde dans le bocal n° 2
- introduire la sonde par une narine ou par la bouche ou par la canule de trachéotomie
- déclencher l'aspiration et aspirer les sécrétions en remontant et en tournant la sonde
- rincer la sonde dans le bocal n° 3
- renouveler l'opération si nécessaire
- mettre la sonde à tremper dans le bocal n° 1
- réinstaller la personne soignée
- se laver les mains **FT 3**
- éliminer le matériel souillé **FT 2**

Evaluation - transmissions :

- Sur le dossier de soins :
  - noter l'état général de la personne soignée
  - noter le ressenti de la personne soignée
  - noter le pouls et la fréquence respiratoire
  - noter la dyspnée
  - noter la fréquence des aspirations, l'aspect des sécrétions recueillies : fluidité, couleur et quantité

- Transmission informatique ou télématique :
  - saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
  - transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

- Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 - Article 3
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CLIN – H.A.D. Lyon
Date de diffusion : Juin 2006 – Version n°3
Nb de pages : 2

SOINS QUOTIDIENS A UNE PERSONNE TRACHEOTOMISEE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Maintenir l'intégrité de la peau autour de l'orifice de trachéotomie et du cou de la personne soignée à domicile.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- masque à visière
- compresses stériles ou tampons stériles
- savon liquide
- sérum physiologique ou eau stérile en dosettes
- compresses de protection type Métalline®
- lacette
- bassin réniforme
- écouvillon
- gants à usage unique non stériles



Recommandations :

Dans le cadre de la prévention des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques, le port d'un masque à visière est fortement recommandé pour tous les soins comportant un risque d'injections.

- Pratiquer une aspiration trachéale avant la réalisation du soin. **FT 20**
- Vérifier le protocole médical adapté à la personne soignée et au type de canule.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» **FT 1**
- informer la personne soignée et son entourage
- mettre une blouse non tissée
- se laver les mains **FT 3**
- mettre les gants à usage unique non stériles
- réaliser l'entretien de l'orifice trachéal et du système de fixation de la canule **:**
  - enlever la compresse de protection et la lacette
  - nettoyer la peau autour de la trachéotomie avec de l'eau et du savon liquide
  - laver le cou
  - rincer
  - sécher
  - remettre la lacette

dans le cas d'une sonde de trachéotomie comportant une canule interne :
  - nettoyer la canule interne 1 à 2 fois/jour à l'aide d'eau savonneuse et d'un écouvillon
  - rincer et sécher soigneusement la canule interne
  - remettre en place la canule interne

dans le cas d'une sonde de trachéotomie munie d'un ballonnet (selon les consignes prescrites adaptées à la pathologie du patient) :
  - Si la personne soignée est appareillée avec une canule munie d'un ballonnet, dégonfler le ballonnet de la sonde de trachéotomie tous les jours puis le regonfler et vérifier 1 fois par jour la pression du ballonnet témoin.

dans le cas d'une valve de phonation :

- changer la mousse tous les jours
- vérifier l'intégrité de la membrane

- remettre en place une compresse de protection type Métalline®
- réinstaller la personne soignée
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :

- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'aspect cutané de la personne soignée autour de l'orifice de trachéotomie et sur le trajet de la lacette

♦ Transmission informatique ou télématique :

- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales	
Validation CCLIN Sud-Est	
Date de diffusion : Juin 2006 – Version n°2 Nb de pages : 2	

TECHNIQUE DE CHANGEMENT DE CANULE DE TRACHEOTOMIE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Prévenir les infections locales.
Eviter les lésions trachéales.
Eviter les contaminations manuportées.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- masque à visière
- savon liquide
- matériel de soins de canule **FT 21**
- canule de rechange au diamètre souhaitée + 1 de diamètre inférieur
- alèse à usage unique
- gants à usage unique
- seringue de 10 ml
- matériel d'aspiration trachéale **FT 20**
- bassin réniforme
- 1 champ stérile
- masque pour l'infirmière en cas de risque infectieux





Recommandations :

Dans le cadre de la prévention des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques, le port d'un masque à visière est fortement recommandé pour tous les soins comportant un risque d'injections.

Le changement de canule doit être effectué avec douceur sans forcer en ayant repéré le trajet lors du retrait.
Introduire la canule au moment de l'inspiration facilite le geste.

Vérifier que la prescription médicale comporte la périodicité des changements de canule et les précautions particulières.

Pratiquer une aspiration trachéale avant le soin. **FT 20**
Pratiquer un soin de canule avant le changement. **FT 21**

La personne soignée possède un jeu de 2 canules (+ 1 canule de secours) pour permettre leur entretien et avoir ainsi toujours une sonde propre à sa disposition.

Conseils d'entretien des canules :

- Nettoyer la canule à l'eau et au savon liquide avec l'écouvillon.
- Eviter de rayer la canule.
- Rincer abondamment puis sécher la canule.
- Vérifier l'intégrité de la canule.
- Ranger la canule dans une boîte hermétique.

Désinfection de la canule :
- Elle s'effectue 45' avant le changement de canule.
- Préparer la solution : ½ l d'eau + 1 cp de Solustéril®
- Laisser tremper la canule 30'
- Se laver les mains (lavage antiseptique) **FT 4**
- Prendre la canule par la collerette
- Rincer la canule avec de l'eau bouillie froide
- Sécher soigneusement la canule avec des compresses stériles.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- informer la personne soignée et son entourage
- mettre une blouse non tissée
- installer la personne soignée
- préparer le matériel :
  - s'assurer du bon fonctionnement du matériel d'aspiration et du matériel de suppléance respiratoire
- se laver les mains (lavage hygiénique) FT 3
- préparer le matériel nécessaire au changement de canule
- mettre les gants
- vérifier en particulier l'étanchéité du ballonnet de la canule neuve
- introduire le mandrin dans la canule
- humidifier ou lubrifier selon le type de canule
- dégonfler le ballonnet de la canule en place
- retirer délicatement la canule et examiner l'état de l'orifice trachéal
- mettre en place la nouvelle canule en l'introduisant tout d'abord perpendiculairement à l'orifice de trachéotomie et en accomplissant un ¼ de tour en l'enfonçant
- retirer le mandrin
- gonfler le ballonnet
- adapter la lacette et s'assurer de la bonne fixation de la canule
- procéder à une nouvelle aspiration trachéale si nécessaire et terminer le soin de trachéotomie
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains (lavage antiseptique) FT 4
- réinstaller la personne soignée

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'aspect cutané autour de l'orifice de trachéotomie et sur le trajet de la lacette
- noter si difficultés techniques lors du changement de canule
- noter l'état respiratoire de la personne soignée (coloration des téguments, cyanose, agitation)
- noter la date du changement de canule et le type et n° de la canule utilisée

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire et informer le cadre infirmier.

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2006 – Version n°2 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE SONDAGE URINAIRE EVACUATEUR D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Procéder à la vidange vésicale.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide

Pour la toilette génitale FT 6

Pour le sondage :
- 1 champ stérile
- savon antiseptique et antiseptique prescrits
- 2 paquets de compresses stériles
- 1 paire de gants stériles
- 1 sonde urinaire de petit calibre (sonde à usage unique 14 ou 16)
- sac collecteur ou bassin
- lubrifiant stérile prescrit ou eau stérile
- 1 serviette absorbante à usage unique



Recommandations :

- Vider la vessie progressivement pour prévenir une éventuelle hémorragie ou un choc.
- Surveiller l'état de la personne soignée au cours du soin.
- Ne jamais repousser la sonde après l'avoir retirée.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- mettre une blouse non tissée
- se laver les mains FT 3
- préparer le matériel :
  - ouvrir le champ stérile
  - disposer sur le champ stérile les compresses et la sonde urinaire
- installer la personne soignée sur une alèse à usage unique ou sur le bassin
- effectuer la toilette génitale FT 6
- après avoir procédé à une toilette génitale soigneuse, effectuer l'antisepsie du méat urinaire avec des compresses stériles imbibées de l'antiseptique prescrit en allant toujours du haut vers le bas
- laisser sur le méat une compresse imbibée du même antiseptique
- se laver les mains (lavage antiseptique) FT 4
- mettre des gants stériles
- poser le champ fendu
- introduire la sonde
- recueillir l'urine dans le bassin ou adapter un sac collecteur
- effectuer une pression douce sur la vessie afin d'assurer une vidange complète
- retirer la sonde
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3
- réinstaller confortablement la personne soignée

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'aspect des urines recueillies et la quantité évacuée
- noter si difficultés techniques lors du sondage
- noter l'heure du sondage évacuateur

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE DRAINAGE URINAIRE CLOS D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Mettre en place un système stérile de vidange continu de la vessie pour mesurer la diurèse ou répondre à un problème d'incontinence majeure de la personne soignée à domicile.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide

Pour la toilette génitale FT 6

Pour le sondage : utiliser le set de sondage homme ou femme
- savon antiseptique et antiseptique prescrits
- 1 sonde urinaire de calibre adapté
- 1 sac collecteur stérile
- lubrifiant stérile prescrit
- 1 flacon stérile pour prélèvement si besoin
- gants stériles



Recommandations :

- La pose de la première sonde à demeure chez l'homme doit être réalisée par un médecin.
- Vider la vessie progressivement, **en surveillant l'état de la personne,** pour prévenir une éventuelle hémorragie ou choc.
- Si la personne soignée se plaint d'une douleur lors du remplissage du ballonnet, introduire la sonde plus profondément.
- Ne pas désadapter le sac.
- Ne pas laisser le sac collecteur à terre lors des mobilisations de la personne soignée.
- Prévoir la fixation du sac au lit sans le laisser au sol, le dispositif de drainage doit être à un niveau inférieur à la vessie.
- Manipuler le robinet de vidange avec une compresse imbibée d'antiseptique.
- Vidanger le sac avant chaque mobilisation de façon à ne pas mouiller le filtre : le système anti-reflux ne serait pas efficace.
- Chez l'homme, penser à recalotter et fixer la sonde sur l'abdomen ; chez la femme, fixer la sonde sur la cuisse.
- Ne pas utiliser de vaseline ou de NaCl.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- mettre une blouse non tissée
- se laver les mains FT 3
- effectuer la toilette génitale puis l'antisepsie du méat urinaire avec les antiseptiques prescrits
- se laver les mains (lavage antiseptique) FT 4
- ouvrir le set
- disposer sur le champ stérile le matériel nécessaire au sondage en séparant deux zones : stérile et non stérile
- remplir la seringue d'eau stérile
- mettre les gants stériles
- disposer un champ stérile sur la personne soignée
- découper les extrémités du manchon plastique entourant la sonde à demeure suivant les pointillés
- vérifier l'étanchéité du ballonnet
- adapter la sonde au sac collecteur
- fermer le robinet de vidange du sac
- lubrifier la sonde si nécessaire
- introduire la sonde dans la vessie, à l'apparition des urines pousser la sonde encore de quelques centimètres chez la femme et jusqu'à la garde chez l'homme
- gonfler le ballonnet selon indication ou prescription portées sur la sonde
- retirer délicatement la sonde jusqu'au moment où l'on sent une résistance
- déchirer le manchon protecteur de la sonde et enlever le champ stérile
- procéder à la fixation de sécurité de la sonde
- accrocher le sac collecteur au lit
- enlever les gants
- réinstaller confortablement la personne soignée
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'aspect et la quantité des urines recueillies
- noter si difficultés techniques lors du sondage
- noter la date de la pose de la sonde à demeure et son calibre

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

ENTRETIEN ET SURVEILLANCE D'UNE SONDE URINAIRE A DEMEURE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Prévenir les infections urinaires chez une personne porteuse d'une sonde à demeure, en protégeant les points d'entrée possibles (méat urinaire, jonction sonde/sac, reflux du sac vers la vessie, robinet de vidange).

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- alèse à usage unique
- savon liquide
- gants à usage unique
- gant de toilette à usage unique
- serviette de toilette
- 1 bassin

Recommandations :

- Pratiquer un soin d'hygiène quotidien.
- Effectuer une toilette génitale après chaque selle si possible.
- Ne pas désadapter le sac.
- Ne pas laisser le sac collecteur à terre lors des mobilisations de la personne soignée.
- Prévoir la fixation du sac au lit sans le laisser au sol, le dispositif de drainage doit être à un niveau inférieur à la vessie.
- Manipuler le robinet de vidange avec une compresse imbibée d'antiseptique.
- Vidanger le sac avant chaque mobilisation de façon à ne pas mouiller le filtre : le système anti-reflux ne serait pas efficace.
- Une sonde obstruée doit être changée et non désobstruée.
- Un apport hydrique suffisant concoure à la prévention des infections urinaires.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- mettre une blouse non tissée et mettre les gants à usage unique
- se laver les mains
- installer la personne soignée sur une alèse à usage unique ou un bassin
- effectuer la toilette génitale en respectant les trois temps suivants :
  - . lavage :
    - chez l'homme, du pubis vers le méat urinaire,
    - chez la femme, d'avant en arrière et de l'extérieur vers l'intérieur en terminant par le méat et la sonde
  - . rincer abondamment
  - . sécher avec une serviette réservée à la toilette génitale
- procéder à la fixation de la sonde :
  - sur l'abdomen chez l'homme, penser à recalotter
  - sur la cuisse chez la femme
- éliminer le matériel souillé FT 2
- ranger le bassin après l'avoir nettoyé
- se laver les mains FT 3
- réinstaller confortablement la personne soignée

Evaluation - transmissions :

- ♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'aspect de la peau et des muqueuses de la personne soignée
- noter la présence d'un écoulement au niveau du méat et l'aspect et la quantité des urines
- évaluer avec la personne soignée la tolérance de la sonde à demeure

- ♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

- ♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE PRELEVEMENT ASEPTIQUE D'URINE CHEZ UNE PERSONNE A DOMICILE PORTEUSE D'UNE SONDE A DEMEURE

Objectif :

Recueillir un échantillon d'urine en vue d'un examen cytobactériologique.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- 1 clamp
- 1 antiseptique
- 1 seringue de 5 ml
- 1 trocard
- 1 flacon stérile
- 1 compresse stérile



Recommandations :

Le prélèvement s'effectue par ponction sur la bague caoutchoutée qui se trouve juste après le raccord du sac collecteur.

Clamper la sonde 30 mn minimum avant la ponction.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- se laver les mains FT 3
- faire l'antisepsie du site de prélèvement avec la compresse stérile et les antiseptiques
- prélever l'urine avec la seringue de 5 ml montée sur un trocard après avoir déclampé
- mettre les urines dans le flacon stérile
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3
- acheminer rapidement le prélèvement au laboratoire

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'aspect des urines
- noter la date du prélèvement

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

TECHNIQUE D'ABLATION DE SONDE A DEMEURE D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Enlever la sonde à demeure pour permettre à la personne soignée de reprendre une élimination urinaire normale.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- alèse à usage unique
- essuie-mains à usage unique
- savon liquide
- seringue de 20 ml
- 1 clamp
- antiseptique prescrit
- compresses stériles

Recommandations :

Si l'on ne peut dégonfler le ballonnet, injecter 2 ou 3 ml d'eau supplémentaire et réaspirer la totalité. Si échec de la manœuvre, appeler le médecin traitant.

Ne jamais couper l'embout du ballonnet.

Demander à la personne soignée de boire. Informer l'entourage si nécessaire.

Demander à la personne soignée ou à son entourage de noter l'heure de la première miction et de prévenir l'infirmière si une difficulté apparaît.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- se laver les mains FT 3
- installer confortablement la personne soignée sur l'alèse à usage unique
- faire une toilette génitale FT 6
- dégonfler le ballonnet avec la seringue de 20 ml
- clamper la sonde
- retirer la sonde en demandant à la personne soignée de respirer
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3
- réinstaller confortablement la personne soignée

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'aspect de l'extrémité de la sonde
- noter la date et l'heure d'ablation de la sonde

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

MESURE DE LA GLYCEMIE CAPILLAIRE
D'UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Mesurer la glycémie capillaire d'une person
ne soignée à domicile

Matériel :

Utiliser uniquement le matériel fourni par l'H.A.D. (matériel soumis à une procédure de matériovigilance mensuelle)

- 1 lecteur de glycémie capillaire accompagné de son mode d'emploi
- bandelettes adaptées au lecteur de glycémie capillaire
- 1 auto-piqueur
- lancettes à usage unique adaptées à l'auto-piqueur
- 1 blouse non tissée
- savon liquide



Recommandations :

Lire le mode d'emploi de l'auto-piqueur.
Ne jamais utiliser d'alcool sur la peau de la personne soignée avant de piquer (modification du résultat).
Piquer uniquement sur les côtés des doigts (pour garder la sensibilité).
Ne jamais piquer ni le pouce ni l'index (protéger la préhension).
Procéder à une nouvelle mesure de la glycémie capillaire si le résultat est inhabituel.
Le lecteur de glycémie capillaire doit subir un contrôle chaque mois.
Vérifier la date du dernier contrôle effectué et le renouveler si nécessaire.
Remplir la fiche de suivi.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- faire laver les mains ou laver les mains de la personne soignée au savon + eau chaude puis rincer et sécher soigneusement
- adapter la lancette à l'auto-piqueur
- piquer le doigt et laisser la goutte de sang se former
- déposer la goutte de sang sur la bandelette
- suivre le mode d'emploi du lecteur de glycémie
- essuyer le doigt avec la compresse
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'heure et le résultat de la glycémie capillaire

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant si l'on observe un résultat inhabituel

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

TECHNIQUE D'INJECTION D'INSULINE
CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Parvenir à assurer un équilibre glycémique par l'injection d'insuline prescrite.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- antiseptique
- compresses ou tampons
- seringue à insuline ou stylo avec cartouche dosée à 100 ui/ml
- flacon d'insuline prescrit



Recommandations :

Prendre connaissance du résultat de la glycémie capillaire et appliquer le protocole prescrit.
Connaître la concentration de l'insuline utilisée.
Sortir l'insuline du réfrigérateur ½ heure avant la première utilisation du flacon.
Conserver les flacons non entamés au réfrigérateur.
Laisser le flacon entamé à température ambiante.
Protéger le bouchon du flacon entamé à l'aide d'une compresse.
Noter en clair la date de la première utilisation sur le flacon.
Effectuer une rotation des sites d'injection **cf fiche de surveillance diabétique**

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» **FT 1**

Avec la seringue :
- se laver les mains **FT 3**
- agiter le flacon d'insuline
- faire l'antisepsie du bouchon du flacon d'insuline avec l'antiseptique et une compresse stérile
- prélever dans le flacon avec la seringue la quantité d'insuline nécessaire suivant prescription
- faire l'antisepsie de la peau
- faire un pli cutané et injecter perpendiculairement à la peau
- essuyer la peau avec une compresse imbibée d'antiseptique
- ne pas recapuchonner l'aiguille
- éliminer le matériel souillé **FT 2**
- se laver les mains **FT 3**

Avec le stylo :
- se laver les mains **FT 3**
- adapter l'aiguille à la cartouche à l'intérieur du stylo
- sélectionner la dose à l'aide du compteur suivant la prescription
- purger le stylo
- procéder à l'injection comme précédemment
- éliminer le matériel souillé **FT 2**

Evaluation - transmissions :

- Sur le dossier de soins :
  - noter l'état général de la personne soignée
  - noter le site d'injection
  - noter la dose d'insuline administrée
  - noter si l'on observe une algodystrophie
  - noter si le site d'injection est douloureux

- Transmission informatique ou télématique :
  - saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
  - transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

- Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000
Nb de pages : 2

TECHNIQUE D'INJECTION PAR VOIE INTRA-MUSCULAIRE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Réduire les infections locales en utilisant une technique aseptique.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- antiseptique alcoolique (Chlorhexidine® ou Hibitane ®)
- compresses stériles ou tampons stériles
- seringue
- aiguille IM
- trocard
- boîte à déchets



Recommandations :

Dans le choix du côté d'injection, éviter de piquer du côté d'une Prothèse Totale de Hanche.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- mettre une blouse
- se laver les mains FT 3
- faire l'antisepsie du point de ponction en procédant largement, de façon circulaire du point de piqûre vers l'extérieur
- faire l'injection
- refaire l'antisepsie du point de ponction après l'injection
- jeter les aiguilles sans le recapuchonner directement dans le réceptacle à aiguilles
- réinstaller la personne soignée
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter le site d'injection

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000
Nb de pages : 1

PANSEMENT DE PROPRETE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Maintenir la plaie à l'abri de toute infection locale.

Matériel :

Mis à disposition par l'H.A.D. :
- blouse non tissée
- savon liquide
- set de pansement :
  . 1 essuie-main
  . 1 champ de soin 40 x 45
  . 1 gant de Villain
  . 1 pince Kocher
  . 1 pince à disséquer
  . 5 boules de gaze stériles
- sérum physiologique
- Cicaplaie®



Recommandations :

Suivre la prescription médicale.

Utiliser les produits de même gamme :
exemple :Hibitane®/Hibiscrub®
Bétadine® dermique/Bétadine® scrub

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT 1
- se laver les mains FT 2
- ouvrir le set à pansement
- enfiler le gant de Villain
- enlever le pansement souillé avec le gant de Villain
- imbiber les tampons de sérum physiologique
- nettoyer la plaie du plus propre au plus sale
- sécher la plaie
- fermer le pansement
- éliminer le matériel souillé FT 2
- se laver les mains FT 3

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'aspect de la plaie
- noter si douleur

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'aspect de la peau

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 1 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 1

PANSEMENT DE PLAIES CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Obtenir une plaie propre afin d'assurer une cicatrisation.
Ce protocole s'applique pour les escarres et les ulcères.

Matériel :

- blouse à usage unique
- alèse
- set de pansement
- tampons et compresses stériles
- bande Nylex® (si escarre talon, coude...)
- sérum physiologique
- bistouri à usage unique
- curette à usage unique
- Cicaplaie® (si escarre sacrum)

Choix des produits à utiliser :

- ***Hydrocolloïdes*** : favorisent la détersion, absorbent les exsudats qui se transforment en gel au contact de la plaque. Ils créent un milieu humide et chaud stimulant le bourgeonnement.

COLOPLAST :
. Comfeel® transparent
. Comfeel® opaque
. Comfeel® pâte
. Comfeel® poudre
. Comfeel gel Purilon®

CONVATEC :
. Duoderm E®

- ***Hydrofibres*** : utilisés en phase de détersion dans le cas de plaies très exsudatives en raison de leur absorption supérieure. S'adaptent aux plaies profondes cavitaires ou tunnellisées.

CONVATEC :
. Aquacel® compresse
. Hydrogel® (gel)

SMITH ET NEPHEW :
. Allevyn Cavity®

BRAUN :
. Askine® transorbent

- ***Alginate de Calcium*** : utilisé en phase d'absorption et de détersion. Il permet un drainage des plaies fortement exsudatives et fibrineuses.

COLOPLAST :
. Sea Sorb® mèche
. Sea Sorb® compresse

BRAUN :
. Sorb® mèche
. Sorb® compresse









Stades	Caractéristiques	Produits
Stade I	Rougeur	Comfeel® transparent
Stade II	Phlyctène avec induration ne cédant pas aux massages, épidermisation	Comfeel® opaque Duoderm® E
Stade III	Nécrose, atteinte des parties molles	Décaper suivant prescription : - Comfeel Purilon® - Comfeel® poudre - Askina® transbordent
Stade IV	Plaies, atteinte des tendons jusqu'à l'os	Comfeel Sea Sorb® Askina Sorb® Aquacel® + hydrogel® Comfeel® pâte Allevyn Cavity®
Stade V	Multiplication des escarres	

Recommandations :

Ces produits ne s'utilisent pas avec un antiseptique mais uniquement après nettoyage au sérum physiologique.
Changer la plaque suivant le stade saturation.

Méthode :

- appliquer le protocole intitulé “ Préambule à tout soin à domicile ” FT 1
- se laver les mains FT 2
- ouvrir le set à pansement
- enfiler le gant de Villain
- enlever le pansement souillé avec le gant de Villain
- imbiber les tampons de sérum physiologique
- nettoyer la plaie du plus propre au plus sale
- sécher la plaie
- selon le stade de l'escarre, appliquer les produits correspondants
- fermer le pansement
- éliminer le matériel souillé FT3
- se laver les mains FT 2

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'aspect de la plaie et le geste curatif réalisé

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'aspect de la peau

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire.

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Bibliographie : Revue de l'Infirmière Année 99
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

PROTOCOLE DE SURVEILLANCE ET D'ARRET D'UNE PONCTION EVACUATRICE D'ASCITE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Assurer, par l'introduction transcutanée d'une aiguille dans la cavité péritonéale, l'évacuation du liquide d'ascite et prévenir les complications infectieuses. La ponction d'ascite est réalisée par le médecin.

Matériel :

- 1 blouse
- Gants stériles
- savon liquide
- compresses stériles
- tampons stériles
- antiseptique prescrit
- pansement adhésif 6 x 6



Recommandations :

La ponction d'ascite (pose et ablation) est un geste médical.

Toutefois, pour les patients pris en charge dans le cadre d'une HAD, l'infirmière D.E. peut procéder à l'ablation du matériel de ponction, sous la responsabilité du médecin qui l'a posée et sur prescription médicale. Le médecin sera joignable en cas de problème.
N.B. : l'ablation d'une ponction d'ascite n'est pas autorisée en pratique libérale.

- Faire uriner la personne soignée avant la ponction.
- Installer la personne soignée confortablement car c'est un acte long.
- Indiquer à la personne soignée la nécessité de rester immobile pendant toute la durée de la ponction et en informer l'entourage.

Les précautions d'asepsie observées par le praticien doivent être rigoureuses :
- lavage simple des mains avec savon doux et désinfection avec solution hydro-alcoolique
- désinfection du point de ponction en 5 temps :
  - savonnage avec antiseptique moussant
  - rinçage avec sérum physiologique
  - séchage avec tampon sec
  - badigeonnage avec antiseptique
  - séchage pendant 3 à 5 minutes.

La ponction durant au moins 2 heures, éviter de la programmer au moment des repas.

Arrêter le drainage :
- si le liquide devient hémorragique
- si des modifications cardio vasculaires se produisent en cours d'évacuation

Veiller à aménager un temps de repos pour la personne soignée après la ponction.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT1

Pendant le déroulement de la ponction d'ascite :
- surveiller les paramètres physiologiques durant l'évacuation du liquide d'ascite, une ou plusieurs fois selon l'état de la personne soignée et la quantité de liquide à évacuer
  - pouls et tension artérielle
  - respiration

- surveiller le débit de l'évacuation
- surveiller la position de l'aiguille
- surveiller la couleur du liquide recueilli
- évaluer avec la personne soignée l'efficacité de la ponction au niveau de son confort

A la fin de la ponction :

- se laver les mains FT3
- mettre les gants stériles
- retirer l'aiguille et la jeter dans le collecteur piquant/tranchant/coupant
- appliquer un antiseptique sur le point de ponction
- mettre un pansement adhésif
- mesurer le périmètre abdominal
- vérifier l'arrêt de l'écoulement
- éliminer le matériel souillé FT2 dans le container des Déchets d'Activités de Soins A Risques Infectieux (DASRI)
- Oter les gants
- Se laver les mains FT3

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée (état d'hydratation : sécheresse des muqueuses et de la peau ; surveillance des constantes : tension artérielle)
- noter la date et la durée de la ponction
- noter l'aspect du liquide d'ascite, le volume retiré
- noter les paramètres physiologiques observés pendant la ponction
- noter l'aspect de la peau au niveau du point de ponction (inflammation, hématome)
- noter avec la personne soignée les critères d'amélioration de son confort

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CLIN – H.A.D. Lyon
Date de diffusion : Juin 2006 (version n°3)
Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE PERFUSION PAR VOIE SOUS-CUTANEE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Administrer une réhydratation ou un apport médicamenteux sous forme de perfusion ou d'injection en continu par la voie sous-cutanée

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- antiseptique alcoolique
- compresses stériles
- épicrâniennes
- pansements adhésifs 6 x 6
- perfuseur, régulateur de débit
- 1 pied à sérum
- 1 flacon d'Hibitane®
- 1 pompe volumétrique ou pousse-seringue



Recommandations :

Changer systématiquement de site toutes les 48 heures.

Ne pas dépasser une administration supérieure à 500 ml par site sur 12 heures, plusieurs sites d'injection peuvent être utilisés (pour faciliter la diffusion et l'absorption).

Dépister l'apparition de signes inflammatoires ou de mauvaise absorption des thérapeutiques utilisées et dans tous les cas changer le site d'injection.
Prévenir le médecin traitant.

Eduquer la personne soignée et son entourage au dépistage de l'apparition des signes.

Donner la conduite à tenir à l'entourage en cas de difficultés techniques (douleur, débit, alarmes).

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT1
- mettre la blouse
- se laver les mains FT3
- préparer la perfusion :
  - décapsuler les flacons
  - procéder à l'antisepsie des bouchons ou casser les ampoules
  - vérifier la présence du vide dans le flacon
  - connecter les tubulures au flacon de perfusion
  - vérifier la présence du vide dans le flacon
  - reconstituer les thérapeutiques prescrites à administrer
  - mettre les thérapeutiques reconstituées dans le flacon de perfusion si nécessaire
  - mettre le flacon de perfusion sur le pied à sérum
  - purger la tubulure en maintenant l'embout stérile
- se laver les mains FT3
- repérer le site d'injection
- réaliser l'antisepsie de la peau FT5
- faire le pli cutané
- introduire l'épicrânienne avec un angle de 30 à 45° (l'aiguille doit être en sous-cutané et non dans le muscle)
- brancher le perfuseur
- régler le débit
- démarrer la perfusion
- faire une boucle de sécurité
- fixer l'aiguille avec le pansement adhésif
- éliminer le matériel souillé FT2
- se laver les mains FT3
- réinstaller confortablement la personne soignée

Evaluation - transmissions :

- Sur le dossier de soins :
  - noter l'état général de la personne soignée
  - noter l'heure du branchement
  - noter la nature et la quantité de la thérapeutique administrée
  - noter la position du site d'injection
  - noter sur le plan local l'apparition des signes suivants :
    - douleur
    - rougeur
    - œdème
    - induration
    - fuite
    - saignement au point d'injection
  - noter si l'on observe une difficulté d'injection
  - noter la qualité de la réabsorption
  - noter la tolérance des thérapeutiques administrées

- Transmission informatique ou télématique :
  - saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
  - transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

- Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE POSE ET D'ENTRETIEN D'UN CATHETER COURT CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Pose d'un cathéter court afin de pouvoir brancher des perfusions ou pratiquer des injections sur voie veineuse périphérique en évitant une contamination locale pouvant entraîner une complication infectieuse ou une intolérance chez la personne soignée à domicile.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- 1 alèse
- 1 paire de ciseaux non stériles
- 1 flacon d'Hibitane®
- 1 flacon d'Hibiscrub®
- 1 récupérateur d'aiguilles
- 1 garrot propre
- 1 cathéter court
- seringue pour traitement et/ou rinçure héparinée
- pansement stérile (type Vécafix®)
- 1 prolongateur 3 voies
- set de branchement comprenant :
  - *temps propre :*
    - 2 essuie-mains
    - 5 compresses 7,5 x 7,5
  - *Temps stérile :*
    - 2 essuie-mains
    - 1 champ de soins 50 x 60 pour le plan de travail
    - 1 champ de soin 40 x45
    - 5 compresses non tissées 7,5 x 7,5
    - 1 ampoule de sérum physiologique de 10ml
    - 1 seringue de 20ml
    - 1 bouchon
    - 1 trocard



Recommandations :

- Choix du site de pose :
  - Eviter les membres inférieurs
  - Ne jamais ponctionner :
    - un côté hémiplégique
    - du côté d'une mammectomie
    - un bras porteur d'une fistule
    - un bras porteur d'une phlébite.
  - Il s'effectue en commençant par la partie distale du membre.

- Utiliser un prolongateur avec robinet 3 voies (pour garantir l'asepsie et prévenir les accidents d'exposition au sang).

Méthode :

Pose du cathéter court :
- Appliquer la fiche technique intitulée “ Préambule sur la conduite à tenir pour tout soin à domicile ” FT1
- Mettre la blouse
- Se laver les mains FT3
- Installer l'alèse
- Couper si besoin les poils situés sur le site de ponction avec l'aide de ciseaux. **Ne pas raser**.
- Réaliser une antisepsie large autour de la zone du point de ponction avec l'Hibiscrub® puis le sérum physiologique stérile et l'Hibitane® FT5
- Ouvrir le set de pose
- Disposer le matériel sur le champ stérile
- Se laver les mains (lavage antiseptique) FT4
- Enfiler les gants
- Poser le garrot
- Piquer avec le cathéter
- Monter le cathéter dans la veine
- Desserrer le garrot et enlever le mandrin du cathéter après avoir comprimé au-dessus du cathéter avec le pouce.
- Mettre le mandrin directement dans le récupérateur d'aiguilles.
- Adapter un prolongateur 3 voies purgées et la seringue pour le traitement et/ou pour la rinçure héparinée puis le bouchon obturateur.
- Fixer le cathéter avec le pansement Vécafix®.
- Eliminer le matériel souillé FT2
- Se laver les mains FT3
- Réinstaller le patient.

Entretien d'un cathéter court :
- Le site d'insertion du cathéter doit être changé toutes les 72 heures et impérativement en cas de signes d'intolérance veineuse et dès que le dispositif n'est plus nécessaire (voir chapitre évaluation-transmission).
- Le changement quotidien des tubulures n'est pas nécessaire ; préférer le changement toutes les 48 heures ou 72 heures en même temps que le cathéter.

Ablation :
- Retirer délicatement le cathéter après avoir ôté le pansement et/ou les bandelettes adhésives.
- Mettre en place pour quelques heures un pansement stérile légèrement compressif.
- Déposer le cathéter directement dans le récupérateur d'aiguilles.

Evaluation - transmissions :

- ♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'heure et le jour de pose
- noter la position du site d'injection
- noter sur le plan local l'apparition des signes suivants :
  - signes pouvant confirmer une extravasation :
    sensation de picotement, de brûlure, rougeur, douleur plus ou moins vive,
    absence de retour veineux,
    enflure (œdème) à l'endroit de l'injection.
  - signes d'allergie au matériau du cathéter
  - signes d'infection ou inflammation (rougeur, chaleur...)
  - signes de lymphangite.

Dans tous les cas d'apparition des signes ci-dessus, l'ablation du cathéter doit être immédiate.

- ♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

- ♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE POSE DE PERFUSION ET D'INJECTION SUR VOIE VEINEUSE PERIPHERIQUE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Poser des perfusions ou pratiquer des injections sur voie veineuse périphérique en évitant une contamination locale pouvant entraîner une complication infectieuse chez la personne soignée à domicile.

Matériel :



- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- Set de branchement comprenant :

  temps propre :
  - 2 essuie-mains
  - 5 compresses 7,5 x 7,5

  temps stérile :
  - 2 essuie-mains
  - 1 champ de soin 50 x 60 pour le plan de travail
  - 1 champ de soin 40 x 45
  - 5 compresses non tissées 7,5 x 7,5
  - 1 ampoule de sérum physiologique de 10 ml
  - 1 seringue de 10 ml
  - 1 bouchon
  - 1 trocard

- 1 flacon d'Hibitane®
- perfuseur avec robinet 3 voies, régulateur de débit
- pied à sérum
- bassin réniforme
- pompe volumétrique ou pousse-seringue (si besoin)

Recommandations :

Donner la conduite à tenir à l'entourage en cas de difficultés techniques (douleur, débit, alarme).

Les manipulations de la ligne de perfusion doivent toujours être effectuées après un lavage antiseptique des mains et au moyen de compresses stériles imbibées d'un antiseptique.

L'intervalle de changement des tubulures de perfusion et de ses annexes (robinet, rampes de perfusion, régulateur de débit) peut être porté à 72 heures. Pour les produits sanguins labiles ou les solutés lipidiques, les tubulures doivent être changées après le passage des produits.

La protection permanente des raccords (exemple : boîtier) pourrait être utile en cas de perfusion prolongée afin d'éviter toute contamination due aux contacts.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT1
- se laver les mains FT3
- programmer la pompe volumétrique (si besoin)
- ouvrir le set de branchement
- procéder à un lavage antiseptique des mains FT4
- poser le champ stérile sur le plan de travail propre
- disposer le matériel sur le champ stérile
- imbiber les compresses d'Hibitane®

Préparation de la perfusion :

- percuter le fond du flacon de perfusion avec la paume de la main pour vérifier l'absence d'air dans le flacon(bruit sourd caractéristique)
- décapsuler les flacons
- procéder à la désinfection des bouchons ou casser les ampoules
- connecter les tubulures au flacon de perfusion
- si nécessaire, reconstituer les thérapeutiques prescrites à administrer et les mettre dans le flacon de perfusion. Au besoin, retirer un volume équivalent de soluté
- mettre le flacon de perfusion sur le pied à sérum
- purger la tubulure dans un haricot en maintenant l'embout stérile

Pose de la perfusion :

- se laver les mains FT4
- installer le deuxième champ sous le bouchon du cathlon
- enlever le bouchon
- brancher la tubulure avec le robinet 3 voies à l'embout du cathlon
- préparer la seringue de sérum physiologique
- contrôler le reflux sanguin par l'intermédiaire du robinet 3 voies avec la seringue de sérum physiologique
- vérifier la perméabilité du cathéter veineux court en injectant 10 ml de sérum physiologique
- mettre en route la perfusion (soit avec la pompe volumétrique, soit en réglant le débit)
- éliminer le matériel souillé FT2
- se laver les mains FT3
- installer confortablement la personne soignée

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le flacon de perfusion :
- noter l'éventuel apport de produits médicamenteux
- l'heure de pose et la durée prévue

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'heure de branchement de la perfusion, le volume et le débit programmé

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

TECHNIQUE D'ENTRETIEN D'UNE VOIE D'ABORD CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Maintenir la perméabilité de la voie veineuse.
Eviter les différentes interactions médicamenteuses.
Protéger la veine contre les thromboses et les injections.

Matériel :

Se reporter au matériel des fiches techniques correspondant aux voies veineuses.

Recommandations :

Tout entretien d'une voie d'abord ne peut être envisagé sans prescription médicale et protocole précis. Il n'existe pas de consensus médical sur le sujet mais plutôt des habitudes de services. Néanmoins, il se dégage quelques grands principes et pour information, nous allons les énoncer.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT1

I – Sur voie périphérique avec cathéter veineux court :

Faire des rinçures au sérum physiologique systématiquement après l'injection de produits médicamenteux suivies si prescription d'une rinçure héparinée.
Selon les recommandations de l'ANAES, l'ablation du cathéter veineux court doit être obligatoirement pratiquée toutes les 72 heures.
Lorsque le cathéter est obstrué, il ne faut jamais injecter de force le caillot, celui-ci est toujours un embole septique.

II – Sur voie veineuse centrale

1. *Avec cathéter de type Groshung*
   - Définition :
   C'est un cathéter veineux central qui a pour particularité une valve à l'extrémité distale permettant d'en faire un système clos.

   - Technique d'entretien :
   La valve évitant en principe le retour sanguin, l'héparinisation est donc inutile. Seule une rinçure au sérum physiologique en exerçant une pression positive en fin d'injection est suffisante.

2. *Autres cathéters*

L'entretien est identique au cathéter Groshung, avec cependant la nécessité selon prescription médicale de procéder à une rinçure héparinée afin de prévenir le risque de thrombose.

III – Protocole d'entretien

1. Sans héparinisation

   - Méthode et conseils :

Pour éviter toute trace de perfusat, rincer le cathéter en faisant une injection de 20 ml de sérum physiologique et en exerçant une pression positive en fin d'injection. FT38

2. Avec héparinisation

Après l'injection de sérum physiologique comme énoncé ci-dessus, pratiquer une rinçure héparinée selon la prescription médicale en utilisant des flacons d'héparine Dakota 500 UI/5 ml.

Evaluation - transmissions :

- Sur le dossier de soins :
  - noter l'état général de la personne soignée
  - noter la date de la rinçure
  - Noter les difficultés techniques rencontrées

- Transmission informatique ou télématique :
  - saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
  - transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

- Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000
Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE REFECTION D'UN PANSEMENT DE VOIE VEINEUSE CENTRALE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Eviter une contamination locale pouvant entraîner une complication infectieuse.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- set de pansement VVC (voie veineuse centrale) :

  temps propre :
  - 2 essuie-mains
  - 1 blouse non tissée
  - 1 masque
  - 1 charlotte
  - 1 gant de Villain

  temps stérile :
  - 2 essuie-mains
  - 1 champ de soin 50 x 60 pour le plan de travail
  - 1 paire de gants à usage unique
  - 1 champ de soin fenêtré 40 x 45
  - 2 compresses non tissées 7,5 x 7,5
  - 10 tampons
  - 3 bandelettes adhésives
  - 2 pansements adhésifs 9 x 15
  - 3 ampoules de sérum physiologique de 10 ml
  - 1 seringue de 20 ml + 1 aiguille 18G
  - 1 bouchon LL



- compresses stériles
- solution antiseptique moussante et antiseptique sur prescription
- masque si besoin (pour le patient)

Recommandations :

La réfection du pansement sera réalisée 1 fois par semaine ou plus si nécessaire (pansement souillé, décollé, tâché).

Lors de l'antisepsie de la peau, ne pas enlever la bague de sérosité produite par la peau à l'entrée du cathéter (elle protège le point d'entrée cutané).

Lors de la pose des bandelettes adhésives, ne pas les croiser, ne pas recouvrir le point d'entrée du cathéter, il doit rester visible pour la surveillance

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT1
- se laver les mains FT3
- installer la personne soignée confortablement la tête tournée du côté opposé au cathéter, le visage protégé par un masque
- ouvrir les deux sets
- mettre la blouse, la charlotte et le masque
- mettre le gant de Villain
- enlever le pansement avec le gant de Villain
  procéder à un lavage antiseptique des mains FT4
- enlever les bandelettes adhésives situées au niveau du point d'entrée du cathéter
- poser le champ stérile sur une surface propre
- mettre les gants stériles
- disposer le matériel sur le champ stérile
  procéder à l'antisepsie de la peau en 5 temps FT5
- poser les bandelettes adhésives pour fixer le cathéter
- appliquer le pansement
- éliminer le matériel souillé FT2
- se laver les mains FT3
- réinstaller confortablement la personne soignée

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter la date de réfection du pansement
- noter les paramètres suivants pour l'évaluation de l'état local :
  - douleur
  - inflammation
  - œdème
  - écoulement
  - fixation du cathéter
- noter les paramètres suivants pour l'évaluation de l'état général:
  - fièvre
  - frissons
  - asthénie

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000
Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE REFECTION D'UN PANSEMENT DE VOIE VEINEUSE CENTRALE AVEC CHANGEMENT DE PROLONGATEUR CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Eviter une contamination locale pouvant entraîner une complication infectieuse chez une personne soignée à domicile.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- set de pansement VVC (voie veineuse centrale) :
  temps propre :
  - 2 essuie-mains
  - 1 blouse non tissée
  - 1 masque
  - 1 charlotte
  - 1 gant de Villain

  temps stérile :
  - 2 essuie-mains
  - 1 champ de soin 50 x 60 pour le plan de travail
  - 1 paire de gants à usage unique
  - 2 compresses non tissées 7,5 x 7,5
  - 10 tampons
  - 3 bandelettes adhésives
  - 2 pansements adhésifs 9 x 15
  - 3 ampoules de sérum physiologique de 10 ml
  - 1 seringue de 20 ml + 1 aiguille 18G
  - 1 bouchon



- compresses stériles
- solution antiseptique moussante et antiseptique sur prescription
- masque si besoin (pour le patient)
- 1 prolongateur
- 1 boîtier protecteur
- 1 flacon d'antisepsique : Chlorhexidine® ou Polyvidone® iodée

Recommandations :

La réfection du pansement sera réalisée 1 fois par semaine ou plus si nécessaire (pansement souillé, décollé, tâché).

Pendant le pansement et pour le changement de prolongateur, mettre si possible la personne soignée en légère proclive.

Lors de l'antisepsie de la peau, ne pas enlever la bague de sérosité produite par la peau à l'entrée du cathéter (elle protège le point d'entrée cutané).

Lors de la pose des bandelettes adhésives, ne pas les croiser, ne pas recouvrir le point d'entrée du cathéter, il doit rester visible pour la surveillance.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT1
- se laver les mains FT3
- installer la personne soignée confortablement la tête tournée du côté opposé au cathéter, le visage protégé par un masque
- ouvrir les deux sets
- mettre la blouse, la charlotte et le masque
- mettre le gant de Villain
- enlever le pansement avec le gant de Villain
- procéder à un lavage antiseptique des mains FT4
- enlever les bandelettes adhésives situées au niveau du point d'entrée du cathéter
- poser le champ stérile sur une surface propre
- mettre les gants stériles
- disposer le matériel sur le champ stérile
- préparer une seringue de 20 ml de sérum physiologique
- purger le prolongateur et laisser la seringue adaptée au prolongateur
- poser les bandelettes adhésives pour fixer le cathéter
- glisser une compresse stérile sous le prolongateur
- clamper le cathéter manuellement et/ou demander à la personne soignée de se mettre en apnée
- désadapter le prolongateur
- adapter le prolongateur et la seringue contenant le sérum physiologique
- injecter le sérum physiologique et la rinçure héparinée si prescrite spécifiquement
- fermer le robinet à 3 voies
- terminer le pansement
- mettre l'extrémité du prolongateur dans le boîtier protecteur
- faire une boucle de sécurité avec le deuxième pansement adhésif
- éliminer le matériel souillé FT2
- se laver les mains FT3
- réinstaller confortablement la personne soignée

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter la date de réfection du pansement et du changement de prolongateur
- noter les paramètres suivants pour l'évaluation de l'état local :
  - douleur
  - inflammation
  - œdème
  - écoulement
  - fixation du cathéter
- noter les paramètres suivants pour l'évaluation de l'état général:
  - fièvre
  - frissons
  - asthénie

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE POSE DE PERFUSION ET D'INJECTION SUR VOIE VEINEUSE CENTRALE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Poser des perfusions ou pratiquer des injections sur voie veineuse centrale en évitant une contamination locale pouvant entraîner une complication infectieuse chez la personne soignée à domicile.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- set de branchement comprenant :

  temps propre :
  - 2 essuie-mains
  - 5 compresses 7,5 x 7,5

  temps stérile :
  - 2 essuie-mains
  - 1 champ de soin 50 x 60 pour le plan de travail
  - 1 champ de soin 40 x 45
  - 5 compresses non tissées 7,5 x 7,5
  - 2 ampoules de sérum physiologique de 10 ml
  - 1 seringue de 20 ml + 1 aiguille 18G
- 1 bouchon
- 2 trocarts
- 1 seringue de 50 ml
- 1 flacon d'Hibitane®
- 1 pompe volumétrique
- rinçure héparinée si prescription



Recommandations générales

Les manipulations doivent être aseptiques :
- lavage des mains avant toute manipulation
- manipulation à travers une compresse imbibée d'Hibitane®
- respect du système clos.

L'efficacité des boîtiers de protection des raccords de tubulures n'a pas été suffisamment établie, bien qu'ils puissent être utiles quand ils sont en contact avec le lit du patient. Le fait de les imbiber avec une solution d'antiseptique n'est pas utile.

- Au moindre doute de dysfonctionnement de la voie veineuse centrale (douleur, gonflement, résistance à l'injection, absence de reflux récent…), prévenir le médecin traitant ou le médecin coordonnateur qui décidera d'un contrôle radiologique.

<u>Recommandations en cas d'extravasation de produits hypertoniques (type Mannitol®)</u>
- arrêter la perfusion,
- laisser le dispositif d'injection en place,
- aspirer le sang entre 3 à 5 ml, si possible
- prévenir le médecin traitant ou le médecin coordonnateur qui organisera le transfert dans un service spécialisé pour un lavage-aspiration.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT1
- mettre la blouse
- faire un lavage antiseptique des mains FT5
- mettre le champ stérile sur le plan de travail propre
- disposer le matériel sur le champ stérile
- préparer la rinçure simple
- préparer la rinçure héparinée selon prescription
- imbiber les compresses d'Hibitane®
- désadapter le bouchon avec une compresse imbibée
- installer le champ sous le prolongateur

Injection simple :
- adapter la seringue et procéder à l'injection puis à la rinçure
- fermer le cathéter en maintenant une pression positive
- réaliser la rinçure héparinée selon prescription
- désadapter la seringue et mettre le bouchon
- mettre l'embout du prolongateur dans un boîtier de protection imbibé d'Hibitane®
- fixer l'extrémité du cathéter

Préparation de la perfusion :
- percuter le fond du flacon de perfusion avec la paume de la main pour vérifier l'absence d'air dans le flacon(bruit sourd caractéristique)
- décapsuler les flacons
- procéder à l'antisepsie des bouchons ou casser les ampoules
- connecter les tubulures au flacon de perfusion
- si nécessaire, reconstituer les thérapeutiques prescrites à administrer et les mettre dans le flacon de perfusion. Au besoin, retirer un volume équivalent de soluté
- mettre le flacon de perfusion sur le pied à sérum
- purger la tubulure dans un haricot en maintenant l'embout stérile
- fermer le robinet et clamper le cathéter

Pose de la perfusion :
- se laver les mains FT4
- installer le deuxième champ sous le bouchon du prolongateur
- enlever le bouchon avec une compresse imbibée
- brancher la tubulure avec le robinet 3 voies à l'embout du prolongateur
- préparer la seringue de sérum physiologique
- contrôler le reflux sanguin par l'intermédiaire du robinet 3 voies avec la seringue de sérum physiologique si protocole médical
- vérifier la perméabilité du cathéter veineux en injectant 10 ml de sérum physiologique
- mettre en route la perfusion (soit avec la pompe volumétrique, soit en réglant le débit)
- éliminer le matériel souillé FT2
- se laver les mains FT3
- réinstaller confortablement la personne soignée

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'heure de branchement de la perfusion
- noter la tolérance de la perfusion ou des produits administrés

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : Juin 2006 – Version n°2 Nb de pages : 2

TECHNIQUE D'UTILISATION ET D'ENTRETIEN D'UNE CHAMBRE IMPLANTABLE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Administrer les thérapeutiques prescrites sous forme de perfusions ou d'injections intra-veineuses directes.
Maintenir la perméabilité de la chambre.
Eviter les risques septiques.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- set VVC (temps propre, temps stérile)
- solutions moussante (Hibiscrub® ou Bétadine scrub®)
- antiseptique (Hibitane® ou Bétadine® dermique)
- 3 dosettes de sérum physiologique
- 1 aiguille Gripper :

  Les aiguilles de diamètre 0.7 mm (22G) sont utilisées pour les injections, les perfusions, les rinçages, les héparinisations.

  Les aiguilles de diamètre 0.9 mm (20G) sont utilisées pour la nutrition parentérale et l'administration des dérivés sanguins.
- gants stériles
- un boîtier stérile



Recommandations générales

- Ne jamais utiliser de seringues de calibre inférieur à 10cc et vide car risque de rupture du cathéter liée à une pression trop importante des seringues de petit calibre.

- Les **manipulations invasives** (ponction du septum et réfection du pansement) se réalisent avec port du masque (malade et infirmière) et des gants stériles Le port de la charlotte est uniquement justifié pour les patients aplasiques et neutropéniques.

- **Les manipulations de la ligne veineuse** doivent être aseptiques :
  . lavage des mains avant toute manipulation
  . manipulation à travers une compresse imbibée d'Hibitane®
  . respect du système clos.

- Au moindre doute de dysfonctionnement de la voie veineuse centrale (douleur, gonflement, résistance à l'injection, absence de reflux récent…), prévenir le médecin traitant ou le médecin coordonnateur qui décidera d'un contrôle radiologique.

<u>Recommandations en cas d'extravasation de produits hypertoniques (type Mannitol®)</u>

- arrêter la perfusion,
- laisser le dispositif d'injection en place,
- aspirer le sang entre 3 à 5 ml, si possible
- prévenir le médecin traitant ou le médecin coordonnateur qui organisera le transfert dans un service spécialisé pour un lavage-aspiration.

<u>Recommandations en cas d'obstruction de la chambre implantable</u>

. tenter d'aspirer le caillot par des manœuvres douces
. vérifier la position de l'aiguille
. faire tousser la personne soignée, mobiliser son bras.

- Si échec :
  . changer l'aiguille
  . l'aiguille doit buter contre la paroi du site
  . éviter de piquer au même endroit.

- Si le changement de l'aiguille est inefficace : **ne pas insister** car risque de rupture du cathéter et informer le médecin traitant et si besoin, le médecin coordonnateur. La désobstruction de la chambre est réalisée sur prescription médicale.

- Le changement des tubulures de perfusion et de ses annexes est réalisé toutes les 48 heures Les tubulures sont changées après chaque passage de produits sanguins ou de solutés lipidiques.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée "Préambule à tout soin à domicile" **FT1**
- installer la personne soignée en décubitus dorsal, torse nu, la tête tournée du côté opposé au site
  mettre la blouse, le masque, (la charlotte si nécessaire)
- se laver les mains **FT3**
- ouvrir les deux sets, dévisser les flacons d'antiseptiques et préparer les perfusions **FT40**
- enlever le pansement
- maintenir le site, enlever l'aiguille Gripper, poser un tampon sur le site en maintenant pendant quelques secondes une légère pression
- s'assurer qu'il n'y ait ni douleur, ni œdème, ni rougeur, ni infection

1° Pose de l'aiguille et branchement d'une perfusion
- se laver les mains (lavage antiseptique) **FT4**
- disposer le champ sur le plan de travail préalablement nettoyé et le matériel nécessaire
- réaliser une première asepsie à main nue de la zone à ponctionner du point de ponction vers l'extérieur
- mettre les gants
- procéder à l'asepsie de la peau en 5 temps en respectant le sens du moins septique vers le plus septique **FT5**
- poser le champ fendu sur le site
- purger l'aiguille et le prolongateur et adapter la seringue
- repérer le site
- introduire l'aiguille au centre du septum perpendiculairement à la peau en maintenant la chambre entre le pouce et l'index jusqu'à heurter le fond métallique
- ouvrir le clamp, vérifier la perméabilité en effectuant une rinçure de sérum physiologique
  . l'injection ne doit provoquer ni d'œdème, ni de douleur, ni d'inflammation, ni rencontrer de résistance
- fixer l'aiguille avec des bandelettes stériles sans les croiser
- protéger avec un pansement stérile en évitant de couder le prolongateur
- brancher la perfusion
- protéger la jonction aiguille/perfuseur avec un mini-boitier
- enlever le champ fendu.

2° Injection isolée
- préparer les injections **FT40**
- injecter 20cc de sérum physiologique pour vérifier la perméabilité du site
- réaliser le traitement (en cas d'injections multiples de produits différents, rincer avec 5 ml de sérum physiologique entre chaque injection pour éviter la cristallisation dans le cathéter et donc le risque de thrombose)
- injecter 20 cc de sérum physiologique pour rincer le site
- ne pas pratiquer une rinçure héparinée que sur prescription médicale
- fermer le site en maintenant une pression positive

3° Entretien du site
- rincer avec 20cc de sérum physiologique en maintenant une pression positive
- ne pas pratiquer de rinçure héparinée sans prescription médicale

4° Conduite à tenir en cas d'extravasation de produits de chimiothérapie :
- arrêter la perfusion sans retirer le dispositif en place
- aspirer si possible 3 à 5 ml de sang pour retirer au maximum le produit
- contacter le médecin hospitalier ou le médecin traitant pour obtenir des consignes spécifiques au produit concerné.

Evaluation - transmissions :

- ♦ Sur le dossier de soins :
- \- noter si : . douleur
  . inflammation
  . œdème
  . infection
- \- noter la position du site
- \- noter si la personne soignée a de la fièvre
- ♦ Transmission informatique ou télématique :
- \- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- \- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile
- ♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire.

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2006 – Version n°2 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE PREPARATION D'UNE POCHE D'ALIMENTATION PARENTERALE A DOMICILE

Objectif :

Reconstituer une poche d'alimentation parentérale en évitant toute contamination pouvant entraîner une complication infectieuse chez la personne soignée à domicile.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- 1 flacon d'Hibitane®
- 1 paire de gants stériles
- 1 pied à sérum
- 1 tubulure adaptée à la pompe volumétrique
- 1 set de préparation d'alimentation parentérale :
  - 2 essuie-mains
  - 1 champ de soins stérile
  - 1 seringue de 50 ml
  - 2 trocards
  - compresses stériles
  - tampons stériles



Recommandations :

Ne pas préparer à l'avance les poches d'alimentation parentérale (pour éviter la prolifération des germes).
Les manipulations doivent être aseptiques :

- lavage des mains avant toute manipulation
- manipulation à travers une compresse imbibée d'Hibitane®
- respect du système clos.

Se référer à la prescription médicale.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT1
- nettoyer le plan de travail
- mettre la blouse
- se laver les mains FT3
- ouvrir le set de préparation
- peler la poche d'alimentation parentérale ou sortir les flacons
- procéder à un lavage antiseptique des mains FT4
- installer le champ stérile sur le plan de travail
- disposer le matériel sur le champ stérile
- disposer les flacons à côté du champ stérile et les décapsuler
- placer la poche de telle façon que les embouts se trouvent sur le champ stérile
- imbiber les compresses d'Hibitane®
- enfiler les gants stériles et manipuler les flacons avec une compresse stérile ou bien enfiler un seul gant et manipuler les flacons avec la main non gantée
- procéder à l'antisepsie des bouchons des embouts et casser les ampoules des produits à rajouter dans la poche
- injecter les produits dans la poche
- bien mélanger par pressions sur la poche
- connecter la tubulure
- suspendre la poche ou le flacon d'alimentation parentérale au pied à sérum
- purger la tubulure en maintenant l'embout stérile protégé d'une compresse imbibée d'une solution antiseptique

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000
Nb de pages : 1

TECHNIQUE DE BRANCHEMENT D'UNE POCHE D'ALIMENTATION PARENTERALE SUR VOIE VEINEUSE CENTRALE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Brancher une poche d'alimentation parentérale sur voie veineuse centrale en évitant une contamination locale pouvant entraîner une complication infectieuse chez la personne soignée à domicile.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- set de branchement comprenant :
  - ***temps propre :***
    - 2 essuie-mains
    - 5 compresses 7,5 x 7,5
  - ***temps stérile :***
    - 2 essuie-mains
    - 1 champ de soin 50 x 60 pour le plan de travail
    - 1 champ de soin 40 x 45
    - 5 compresses non tissées 7,5 x 7,5
    - 2 ampoules de sérum physiologique de 10 ml
    - 1 seringue de 20 ml + 1 aiguille 18G



- 1 flacon d'Hibitane®
- 1 pompe volumétrique



Recommandations :

L'administration de l'alimentation parentérale doit être réalisée sur un cathéter veineux à l'aide d'une pompe volumétrique. En cas de panne de la pompe, arrêter l'alimentation parentérale et prévenir le médecin coordonnateur qui décidera de la conduite à tenir.
Clamper le cathéter à chaque ouverture ou manipulation.
Si impossibilité d'injecter, prendre contact avec le médecin traitant.
Donner la conduite à tenir à l'entourage en cas de difficultés techniques (douleur, débit, alarmes).

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» **FT1**
- mettre la blouse
- se laver les mains **FT3**
- programmer la pompe volumétrique
- ouvrir le set de branchement
  procéder à un lavage antiseptique des mains **FT4**
- poser le champ stérile sur le plan de travail propre
- installer le matériel sur le champ stérile
- imbiber les compresses d'Hibitane®
- installer le deuxième champ sous le prolongateur de la voie veineuse centrale
- dégager le robinet du boîtier avec des compresses stériles et le poser sur le champ stérile
- préparer la seringue de sérum physiologique et la rinçure héparinée si prescription
- vérifier la perméabilité du cathéter veineux central en injectant 10 ml de sérum physiologique
- brancher la tubulure à l'embout du prolongateur
- déclamper le cathéter et ouvrir le robinet avec une compresse imbibée d'Hibitane®
- replacer le robinet dans le boîtier
- installer la tubulure dans la pompe

Méthode :

- mettre en route la pompe
- éliminer le matériel souillé FT2
- se laver les mains FT3
- installer confortablement la personne soignée
- éduquer la personne soignée et son entourage par rapport aux alarmes de la pompe volumétrique

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'heure de branchement, le volume et le débit programmé
- noter la présence d'un reflux sanguin (selon prescription)
- noter la tolérance de l'alimentation parentérale

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : Avril 2006 – Version 2 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE DEBRANCHEMENT D'UNE POCHE D'ALIMENTATION PARENTERALE SUR VOIE VEINEUSE CENTRALE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Débrancher une poche d'alimentation parentérale sur voie veineuse centrale en évitant une contamination locale pouvant entraîner une complication infectieuse chez la personne soignée à domicile.

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- savon liquide
- set de débranchement comprenant :

  temps propre :
  - 2 essuie-mains
  - 5 compresses 7,5 x 7,5

  temps stérile :
  - 2 essuie-mains
  - 1 champ de soin 50 x 60 pour le plan de travail
  - 1 champ de soin 40 x 45
  - 5 compresses non tissées 7,5 x 7,5
  - 2 ampoules de sérum physiologique de 10 ml
  - 2 seringue de 20 ml + 2 aiguilles 18G
  - 1 bouchon LL
- 1 flacon d'Hibitane®
- 1 pompe volumétrique à perfusion
- rinçure héparinée si prescription



Recommandations :

Imbiber systématiquement le boîtier de protection du prolongateur avec de l'Hibitane ®.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT1
- mettre la blouse non tissée
- se laver les mains FT3
- arrêter la pompe
- clamper la tubulure
- ouvrir le set de débranchement

  faire un lavage antiseptique des mains FT4
- mettre le champ stérile sur le plan de travail propre
- disposer le matériel sur le champ stérile
- imbiber les compresses d'antiseptique
- préparer la rinçure de sérum physiologique
- préparer la rinçure héparinée selon prescription
- fermer le robinet 3 voies et clamper le cathéter
- désadapter la tubulure de la poche d'alimentation parentérale du cathéter avec une compresse stérile imbibée
- adapter la seringue et procéder à la rinçure
- fermer le cathéter en maintenant une pression positive
- réaliser la rinçure héparinée selon prescription
- désadapter la seringue et mettre le bouchon
- mettre l'embout du prolongateur dans un boîtier de protection
- fixer l'extrémité du cathéter
- éliminer le matériel souillé FT2
- se laver les mains FT3
- réinstaller confortablement la personne soignée

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'heure du débranchement
- noter la tolérance de l'alimentation parentérale

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CCLIN Sud-Est
Date de diffusion : juin 2000 Nb de pages : 2

TECHNIQUE DE PREPARATION D'UNE CHIMIOTHERAPIE ANTI-CANCEREUSE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Protéger les professionnels, le patient, l'entourage et l'environnement de tout contact direct avec les produits de chimiothérapie anti-cancéreuse.

Matériel :

- savon liquide
- alèses
- récupérateur d'aiguilles
- container
- antiseptiques
- savon antiseptique
- prolongateurs 0.10 + robinet 3 voies (si cathéter)
- aiguilles gripper (si site implantable)
- sérum physiologique en ampoule
- compresses stériles
- seringues de 20 cc
- aiguilles trocarts
- 1 blouse à usage unique de chimiothérapie (manches longues, poignets tricotés)
- sur-lunettes de protection
- masque hermétique sans valve 3M
- 1 set de branchement chimiothérapie comprenant :

  temps propre :
  . 2 essuie-mains
  . 1 charlotte

  temps stérile :
  . 2 essuie-mains
  . 1 champ de soin 50 x 60 plastifié
  . 1 paire de gants en latex stériles
  . 1 champ de soin 40 x 45 fenêtré
  . 2 compresses 7.5 x 7.5
  . 10 boules de gaze
  . 3 plaques de bandelettes adhésives
  . 2 pansements adhésifs 9 x 15
  . 1 seringue de 20 ml + 1 aiguille 18 G
  . 3 ampoules sérum physiologique 10 ml
  . 1 bouchon LL



Recommandations :

Vérifier la prescription médicale et la présence d'autorisation médicale écrite d'administration.

Veiller à ce que l'entourage ne fume pas, ne mange pas, ne boive pas.

Réserver l'accès de la pièce pendant la phase de préparation **uniquement au préparateur** et l'interdire aux autres personnes.

Préparer la chimiothérapie dans une pièce réservée si possible à cet usage, et présentant les caractéristiques suivantes :

- isolée et calme, en l'absence de produits alimentaires
- fenêtres pouvant être fermées de façon étanche
- à l'abri des courants d'air
- entretien et désinfection faciles
- présence d'une surface de préparation lisse, non absorbante et lavable (adaptable)
- présence de tout le matériel nécessaire et des produits indispensables à la préparation elle-même et à la sécurité du personnel

Prévoir pour les préparations une seringue d'un volume au moins supérieur de 25 % au volume à injecter.

Toutes préparations correctement identifiées et datées doivent être administrées dans les instants qui suivent.

Méthode :

- appliquer la fiche technique intitulée « Préambule à tout soin à domicile» FT1
- ouvrir le set temps propre
- protéger la zone de travail par un champ
- mettre la blouse, le masque et les sur-lunettes
- se laver les mains (lavage hygiénique) FT3
- ouvrir le set temps stérile
- mettre les gants en latex à usage unique
- disposer le matériel sur un champ stérile en ménageant deux zones :
  . matériel de préparation
  . matériel de branchement (gants stériles, 2ème champ stérile et compresses stériles)

Préparation des ampoules

- faire descendre dans le corps de l'ampoule tout le produit situé dans la pointe
- désinfecter la pointe de l'ampoule avec des compresses stériles imbibées de produits antiseptiques
- casser franchement la pointe de l'ampoule avec une compresse stérile sèche pour éviter toute projection de médicament
- prélever la quantité nécessaire de produit
- purger et recueillir le volume en excès dans une compresse stérile
- désolidariser l'aiguille ayant servi au prélèvement et la jeter sans la recapuchonner dans le récupérateur d'aiguilles
- adapter sur la seringue une autre aiguille munie de son capuchon protecteur, et poser la seringue sur le champ stérile
- éliminer les ampoules vides dans le container FT2

Préparation des flacons de lyophilisat

- désinfecter le bouchon du flacon
- prélever dans une seringue la quantité de solvant approprié
- injecter lentement le solvant dans le flacon par petites fractions, qu'il faut faire couler doucement le long des parois, en ayant soin d'entourer le goulot et l'embase de l'aiguille, d'une compresse stérile, pour éviter toute dispersion médicamenteuse
- si le volume du solvant est important, il est conseillé de compenser la surpression en injectant du solvant par petite quantité mais en aspirant un peu d'air du flacon entre chaque ajout. L'air aspiré sera au total égal au volume de solvant transvasé.
- agiter le flacon
- dissoudre totalement la poudre tout en maintenant piquée dans le bouchon l'aiguille solidaire de la seringue. Certains cytostatiques nécessitent une longue agitation : surtout, ne pas chauffer pour accélérer la dissolution
- dépiquer de manière solidaire l'aiguille et la seringue du flacon en ayant soin de placer une compresse stérile autour du goulot pour éviter les projections
- ajuster précisément le volume en rejetant l'excès de liquide dans une compresse stérile
- désolidariser l'aiguille de la seringue ayant servie au prélèvement et la jeter dans le récupérateur d'aiguilles
- adapter sur la seringue une nouvelle aiguille munie de son capuchon
- la poser sur le champ stérile.
- éliminer les flacons vides dans le container FT2

Addition de médicaments à un liquide de perfusion

- prélever les produits selon la technique énoncée ci-dessus
- ne pas désolidariser l'aiguille ayant servi au prélèvement
- désinfecter le bouchon du flacon de perfusion
- poser la tubulure et la purger
- transvaser le contenu de la seringue en ayant soin d'entourer l'aiguille et le bouchon avec une compresse stérile pendant toute la durée de l'opération et plus particulièrement lors du retrait de l'aiguille
- enlever et éliminer les gants à usage unique pour la préparation dans le container FT2

Conduite à tenir en cas de projection de produit

Sur la peau :

- laver et rincer abondamment

Dans les yeux :

- rincer abondamment

Evaluation - transmissions :

♦ Sur le dossier de soins :
- noter l'état général de la personne soignée
- noter l'heure de branchement de la perfusion
- noter la tolérance de la perfusion ou des produits administrés

♦ Transmission informatique ou télématique :
- saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile

♦ Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

♦ Se soumettre aux mesures spécifiques de surveillance dans le cadre de la Médecine du Travail

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CLIN – H.A.D. Lyon
Date de diffusion : Août 2005 (version n°2) Nb de pages : 3

TECHNIQUE D'ADMINISTRATION D'UNE CHIMIOTHERAPIE ANTI-CANCEREUSE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Administrer les produits de chimiothérapie en éliminant une contamination locale pouvant entraîner une complication infectieuse chez la personne soignée à domicile.

Matériel :



- savon liquide
- alèses
- récupérateur d'aiguilles
- container
- antiseptiques
- savon antiseptique
- prolongateurs 0.10 + robinet 3 voies (si cathéter)
- aiguilles gripper (si site implantable)
- sérum physiologique en ampoule
- compresses stériles
- seringues de 20 cc
- aiguilles trocards
- 1 blouse à usage unique de chimiothérapie (manches longues, poignets tricotés)
- sur-lunettes de protection
- masque hermétique sans valve 3M
- 1 set de branchement chimiothérapie comprenant :

  temps propre :
  . 2 essuie-mains
  . 1 charlotte

  temps stérile :
  . 2 essuie-mains
  . 1 champ de soin 50 x 60 plastifié
  . 1 paire de gants en latex stériles
  . 1 champ de soin 40 x 45 fenêtré
  . 2 compresses 7.5 x 7.5
  . 10 boules de gaze
  . 3 plaques de bandelettes adhésives
  . 2 pansements adhésifs 9 x 15
  . 1 seringue de 20 ml + 1 aiguille 18 G
  . 3 ampoules sérum physiologique 10 ml
  . 1 bouchon LL



Recommandations :

Pendant l'administration, les exigences d'hygiène vestimentaire doivent être rigoureuses, limitées au minimum au port de gants et une blouse à manches longues et poignets serrés.

Selon le type de voies veineuses utilisées, se référer aux fiches techniques correspondantes.

Avant toute administration, vérifier la perméabilité du cathéter (20 ml de sérum physiologique).

En cas d'injections multiples, faire une rinçure de 20 ml de sérum physiologique entre chaque injection.
Il est indispensable d'utiliser un robinet 3 voies quel que soit le type d'injection réalisée.

Recommandations en cas d'extravasation de produits cytotoxiques :

- Certains cytotoxiques dits vésicants peuvent être responsables de nécroses sévères en cas d'extravasation (ex. Navelbine ®)
- Certains cytotoxiques peuvent être responsables d'irritation (ex. : Endoxan ®, Taxol ®)
- D'autres cytotoxiques n'entraînent pas de réaction (ex. : Fluorouracile ®)



Le traitement doit être immédiat devant une réaction inflammatoire, brûlure, picotement, induration ou oédème au point d'injection ou sur le trajet du cathéter :

- Arrêt de la perfusion,

- Conservation du dispositif d'injection,
- Aspiration de 3 à 5 ml de sang si possible
- Appel auprès du médecin traitant ou du médecin coordonnateur qui envisagera le transfert rapide dans un service spécialisé pour un lavage-aspiration

Mesures préventives :

La majorité des protocoles de chimiothérapie anticancéreuse comportent la pose d'une perfusion neutre avant l'administration de cytotoxiques. Cette perfusion permet de s'assurer du bon fonctionnement de la voie.

Devant tout dysfonctionnement (douleur, œdème, absence de réflux…) il faut prévenir le médecin qui demandera un contrôle radiologique de la voie veineuse.

Médicaments per os :

- éviter de manipuler à mains nues les gélules et les comprimés. Si tel est le cas, procéder à un lavage des mains, suivi d'un rinçage abondant
- ne jamais ouvrir les gélules, ne jamais broyer les comprimés

Méthode :

- Appliquer la fiche technique intitulée « Préambule à tout soin à domicile» **FT1**
- Imbiber les compresses stériles d'antiseptique
- Mettre les gants stériles

Branchement d'un flacon

- installer le champ stérile sous le robinet à 3 voies
- désadapter le bouchon avec une compresse stérile imbibée d'antiseptique
- connecter la tubulure munie d'un prolongateur 0.10 cm 3 voies
- vérifier la perméabilité du cathéter (20 ml sérum physiologique) par le robinet 3 voies
- mettre en route la perfusion
- régler le débit

Débranchement d'un flacon

- tenue vestimentaire identique
- fermer le système de réglage de débit
- clamper la tubulure
- faire un rinçage du cathéter avec20 ml de sérum physiologique par le robinet à 3 voies
- désolidariser à l'aide d'une compresse stérile le perfuseur du dispositif veineux
- mettre un bouchon stérile et fixer le prolongateur
- évacuer le flacon dans le container **FT2**
- éliminer le matériel souillé **FT2**

Branchement d'une seringue à débit constant ou d'une pompe portable

- préparer la seringue ou la pompe selon le mode d'emploi du matériel utilisé
- ajouter un prolongateur 3 voies
- installer le champ stérile sous le robinet à 3 voies
- désadapter le bouchon avec une compresse stérile imbibée d'antiseptique
- connecter la tubulure munie d'un prolongateur 0.10 cm 3 voies
- vérifier la perméabilité du cathéter (20 ml sérum physiologique) par le robinet 3 voies
- mettre en route la perfusion
- régler le débit

Conduite à tenir en cas d'extravasation de produits de chimiothérapie :

- arrêter la perfusion sans retirer le dispositif en place
- aspirer si possible 3 à 5 ml de sang pour retirer au maximum le produit
- contacter le médecin hospitalier ou le médecin traitant pour obtenir des consignes spécifiques au produit concerné.

Evaluation - transmissions :

- Sur le dossier de soins :
  - noter l'état général de la personne soignée
  - noter l'heure de branchement de la perfusion
  - noter la tolérance de la perfusion ou des produits administrés
- Transmission informatique ou télématique :
  - saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
  - transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile
- Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4
100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CLIN – H.A.D. Lyon
Date de diffusion : Juin 2006 - version n°3
Nb de pages : 3

CONDUITE A TENIR LORS DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE D'UN PATIENT SUSPECT DE MALADIE DE CREUTZFELDT-JACOB

Introduction :

Maladie due à une protéine, le PRION, présente au niveau :

- du Système Nerveux Central (SNC)
- de l'œil et du nerf optique
- des formations lymphoïdes (rate, ganglions lymphoïdes, amygdales, appendice...)

- Risque de présence au niveau du sang et des urines jugé très faible, même quasiment nul,
- Il faut éviter au maximum tout geste invasif au niveau du SNC et tout examen endoscopique non nécessaire,
- Il faut privilégier l'utilisation de matériel à usage unique.

Matériel :

- Flacon d'eau de javel à 6° Chl (un berlingot de 250 ml à 36° dilué dans 1 litre d'eau froide pour faire 1,250 litre au total)
- Sac à linge
- Container de déchets à risque 50 l
- Container à aiguilles
- Savon antiseptique
- Blouse à usage unique
- Gants latex à usage unique
- Masque à visière
- Carré essuie-mains
- Aiguilles
- Film plastique transparent
- Seringues à usage unique
- Pansements
- Housse plastique hermétique pour matelas
- Papier absorbant
- Gants Digitil Net réutilisables 3 fois
- Manugel
- Couches
- Poches à urines

Recommandations :

CHAMBRE INDIVIDUELLE

- Éviter moquette et tapis
- Laissez à demeure dans la chambre :
  1. Le flacon d'eau de javel à 6° Chl (un berlingot de 250 ml à 36° dilué dans 1 litre d'eau froide pour faire 1,250 litre au total).
     Cette eau de javel doit être renouvelée toutes les 24 heures - le flacon doit être fermé et étiqueté
  2. Sac à linge
  3. Container de déchets à risque
  4. Container à aiguilles

LAVAGE DES MAINS

- Lavage hygiénique en arrivant et en partant de la chambre
- Lavage antiseptique si soins spécifiques

Tenue de protection

- Blouse à usage unique à changer quotidiennement et en cas de projection de liquide biologique
- Gants latex à usage unique, non stériles pour tout soin au contact du malade
- Masque à visière quand risque de projection de liquide biologique (aspirations trachéales)

Matériel médical

- Pompes, matériel à aspiration, protection avec film plastique transparent
  - à changer toutes les semaines si non souillé
  - à changer à la demande si projection liquides biologiques
- Sur matériel non protégé (pied à sérum, lit...) désinfecter avec carré essuie-mains imbibé d'eau de javel à 6°

Matériel de soins

- Matériel piquant et tranchant
  - Ne pas re capuchonner les aiguilles
  - Éliminer dans récup-aiguilles
- Seringues, pansements, matériel à usage unique
  - Emballage double
  - Éliminer dans container

<u>Appareil à tension</u>
- Dans la chambre
- Désinfection à l'eau de Javel si projection

<u>Thermomètre</u>
- Individuel
- Jeter dans container au départ du patient

<u>Prélèvements sanguins</u>
- Prévenir le laboratoire
- Port de gants indispensable
- S'assurer de l'étanchéité des tubes
- Désinfection à l'eau de Javel si tube souillé à l'extérieur
- Transport laboratoire sous double emballage

<u>Linge</u>
- Laver à part
- Addition d'eau de javel à 6°

<u>Literie</u>
- Protection housse plastique hermétique

<u>Entretien de la chambre</u>
- Blouse
- Port de gants systématique, Digitil Net réutilisables trois fois, rincés à l'eau entre chaque utilisation et désinfectés avec Manugel
- Matériel individuel
    - Si pas de projection, entretien habituel
    - Si projection liquide biologique, sur sol ou table, désinfection avec eau de javel à 6°
    - Établir une flaque sur la tache
    - Laisser en contact 1 heure
    - Essuyer avec du papier absorbant
    - Éliminer le papier dans le container

<u>Vaisselle</u>
- Individuelle
- Lavage avec eau de Javel

<u>Élimination des excréta</u>
- WC si malade autonome, désinfection de la cuvette avec eau de javel 6°
- Vidange poches à urines et désinfection du bocal à eau de javel 6°
- Couches, si malade incontinent, éliminées dans container

<u>Dossier du malade, fax et minitel</u>
- Laissés à l'extérieur de la chambre

<u>Élimination des déchets de soins</u>
- Fût de 50 litres doublé d'un sac plastique avec mention "incinération obligatoire"
- Traçabilité spécifique avec bordereau de suivi
- Enlèvement des fûts chaque fois qu'ils sont pleins
- Transport à part, dans camion spécial

<u>Décès du patient</u>
- Si autopsie, transport en housse spéciale en neurologie, service funéraire
- Pratiques d'embaumement déconseillées
- Incinération conseillée mais pas obligatoire
- Don du corps interdit
- Pas d'obligation de mise en cercueil hermétique
- Transport du corps autorisé
- Linge au contact du patient jeté dans fût de 50 litres et incinéré

Texte réglementaire :	Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CLIN H.A.D. Soins et Santé	
Date de diffusion : avril 2002 Nb de pages : 2	

CONDUITE A TENIR LORS DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE D'UN PATIENT ATTEINT DE GALE

Introduction :

La gale est due à un acarien, le SARCOPTES SCABEI parasite qui vit dans l'épiderme.
C'est une forme de dermatose très prurigineuse et très contagieuse.
Elle se transmet par :

- contacts humains directs : 95%
- contacts indirects (vêtements, literie) : 5%

C'est une maladie non soumise à déclaration obligatoire,
Elle est facilement curable si on respecte les modalités du traitement et les consignes de désinfection.

Survie de l'acarien hors de l'hôte humain

- Larves : 5 jours
- Œufs : 10 jours

L'acarien est détruit par une température supérieure à 60° C.

Incubation

- Primo-infection : 2 à 6 semaines
- Ré infestation : 1 à 3 jours

Contagiosité

- De la période d'incubation à la fin du traitement.

Caractéristiques

Lésions très prurigineuses associées à des lésions de grattage :

- Sillons en zigzag d'environ 1 cm entre les doigts (c'est là que la femelle pond ses œufs), terminés par une vésicule perlée de la taille d'une tête d'épingle (c'est à ce niveau que s'effectuent les prélèvements),
- Nodules d'1/2 cm rouge-brun (aisselles, scrotum, ombilic),
- Chancres (parties génitales).

Localisation

- Espaces interdigitaux (mains et pieds),
- Face antérieure des poignets,
- Coudes, aisselles,
- Pli fessier,
- Ceinture,
- Zone palmo-plantaire chez le bébé,
- Aréole des seins chez la femme,
- Verge et scrotum chez l'homme.

Formes spécifiques

- Gale profuse : lésions très prurigineuses, étendues, sauf sur le visage et le cuir chevelu,
- Gale norvégienne : croûtes aux extrémités, sur le torse, l'abdomen, le cuir chevelu, les oreilles : non prurigineuse, fréquente chez le sujet immunodéprimé, grabataire ou ayant des lésions neurologiques. Très contagieuse.

Matériel :

- Blouse à usage unique avec poignet élastique,
- Gants Vinyle à usage unique,
- Savon,
- Carré essuie-mains,
- Aérosol scabicide ou lotion ou crème ; selon la prescription
- Sac à linge,
- Container de déchets à risque 50 l,
- Brosse,
- Pinceau.

Recommandations :

Protection de la famille et de l'entourage proche

- Traitement fortement conseillé.

Protection du personnel au contact

- Blouse jetable avec poignet élastique,
- Gants Vinyle à usage unique,
- Lavage des mains après le soin,
- Pas d'échange de blouse,
- Si suspicion d'infestation, pulvérisation sur tout le corps d'un aérosol Scabicide, à laisser au contact, sans se laver, pendant 12 à 24 heures selon le mode d'emploi du produit.
- Pulvérisation avec masque et dans un local aéré.

Protection autres personnels

- Pas de transport en ambulance ; si cela est vraiment obligatoire, prévenir l'ambulancier et mettre des vêtements très couvrants au malade,
- Prévenir le fournisseur de matériel de location et lui indiquer si la literie a été désinfectée sur place,
- Si décès, prévenir l'employé des pompes funèbres (port de blouse et gants pendant la toilette mortuaire),
- Pas de massage pendant le traitement

Désinfection du matériel

- Ne pas utiliser de stéthoscope et d'appareil à tension pendant le traitement, les désinfecter avec l'aérosol si contact avec le malade avant le traitement,
- Vêtements et literie : désinfection par aérosol ou poudre des vêtements qui ne peuvent pas bouillir (dans un sac poubelle fermé, de 12h à 24h selon le produit),
- Matelas : pulvérisation sur les deux faces,
- Désinfection à l'aérosol de tout ce qui touche le malade (montre, bijoux, ceinture, …).

Désinfection sols et surfaces

- Chambre, salles de bains, baignoire : avec un détergent désinfectant type SURFANIOS.

Elimination des déchets

- Container pour déchets à risques.

Traitement du patient

- Consiste en un bain et un savonnage en insistant à la brosse sur les lésions et deux badigeonnages avec une lotion scabicide distants de 10 minutes, en insistant sous les ongles, entre les doigts, sur l'ombilic, sur les zones pileuses et les plis.
- Cette opération est à renouveler le lendemain.
- Le patient sera rhabillé à chaque fois avec du linge propre, de préférence en coton (peut bouillir) ; les draps sont changés à chaque fois,
- Respecter scrupuleusement les temps et les modalités d'emploi indiqués pour chaque produit médicamenteux.

N.B. :

- Pour la gale norvégienne, on fera deux traitements à 8 jours d'intervalles et on surveillera l'évolution des lésions pendant un mois.
- Il existe un nouveau traitement en comprimés, à prendre en une seule prise: l'IVERMECTINE (STROMECTOL^R^)

Texte réglementaire :	Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CLIN H.A.D. Soins et Santé	
Date de diffusion : janvier 2003 Nb de pages : 2	

TECHNIQUE D'IRRIGATION VESICALE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE PORTEUSE D'UNE SONDE A DEMEURE

Objectif :

Prévenir l'obstruction de la sonde à demeure par des dépôts ou des caillots, tout en préservant le système clos.

Matériel :

- Savon liquide,
- Essuie-mains,
- 1 blouse non tissée,
- Compresses stériles,
- Solution antiseptique à base de Chlorhexidine ou de Polyvidone iodée,
- 1 poche de sérum physiologique de contenance adaptée à la prescription,
- 1 perfuseur,
- 1 régulateur de débit,
- 1 raccord sonde seringue,
- 1 Fosset,
- Sonde vésicale 3 voies,
- Set de sondage.

Recommandations :

- Si la personne n'est pas porteuse d'une sonde vésicale à 3 voies, procéder au changement de sonde FT24.
- Si la prescription de lavage est supérieure à 2 litres, prévoir la vidange du sac à urines (contenance maximale de 2l)
- Pour un lavage continu sur 24h, la prescription est le plus souvent de 3 litres,
- Vérifier l'absence de douleur chez la personne soignée.

Méthode :

- Appliquer la fiche technique intitulée : "Préambule à tous soins à domicile" FT1,
- Mettre une blouse non tissée,
- Se laver les mains FT3 (lavage simple)
- Connecter le perfuseur, le régulateur de débit et le raccord à la poche de sérum et purger,
- Enlever le fosset de la sonde 3 voies avec des compresses stériles imbibées d'une solution antiseptique à base de Chlorhexidine ou de Polyvidone iodée,
- Brancher le perfuseur à la sonde,
- Régler le débit en fonction de la prescription,
- Procéder à la fixation de sécurité de la sonde,
- Ranger le matériel et éliminer le matériel souillé FT2,
- Se laver les mains FT3

Transmissions :

- Noter sur le dossier de soins :
  - La date et l'heure de pose de l'irrigation, la quantité injectée, le débit, l'écoulement de l'irrigation par la sonde
  - L'aspect du liquide de lavage recueilli
  - La quantité d'urines (différence au niveau du sac de recueil entre la quantité totale et la quantité de lavage passé)
- Transmission informatique ou télématique :
  - Saisir l'acte effectué ou la cotation correspondante
  - Transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée à domicile
- Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire :	Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CLIN H.A.D. Soins et Santé	
Date de diffusion : Janvier 2003 Nb de pages : 1	

TECHNIQUE DE PRELEVEMENT DE SANG SUR UNE VOIE VEINEUSE CENTRALE CHEZ UN PATIENT TRAITE A DOMICILE

Objectif :

Permettre la réalisation d'examens biologiques chez un patient porteur d'une VVC.

Matériel :

- Savon doux
- Solution hydro-alcoolique
- 1 blouse à usage unique
- Solution antiseptique type Bétadine[R] ou Chlorexhidine[R]
- 1 système vacutainer
- 2 tubes secs pour la purge (10 ml de sang)
- 1 seringue de 20 ml + 1 aiguille trocart en l'absence de système vacutainer
- Tubes à prélèvement (en fonction des examens demandés) (cf. tableau des tubes)
- 1 set de débranchement :
  - temps propre : 2 essuie-mains, 5 compresses,
  - temps stérile : 2 essuie-mains, 1 champ de soins, 5 compresses stériles, 2 ampoules de sérum physiologique de 20 cc, 2 seringues de 20 cc, 2 trocarts, 1 bouchon
- 1 paire de gants non stériles
- 1 récup'aiguilles
- 1 ampoule d'Héparine Dakota[R] selon prescription médicale

Recommandations :

- Le système clos doit être respecté,
- Toujours bien veiller à rincer la voie veineuse centrale avec 20 ml de sérum physiologique après le prélèvement de sang,
- Prélèvement sur prescription médicale. L'utilisation de la VVC doit donner lieu à une réflexion bénéfice / risque :
  - Risque infectieux
  - Confort du patient
  - Difficultés techniques

Méthode :

Patient porteur d'une VVC

- Appliquer la fiche « Préambule à tout soin » FT1
- Mettre la blouse
- Préparer le matériel
- Installer le patient en position allongée, la tête tournée du côté opposé au cathéter.
- Procéder à un lavage antiseptique des mains FT3
- Arrêter les perfusions
- Procéder à une friction des mains avec la solution hydroalcoolique
- Mettre les gants
- Retirer le bouchon du robinet 3 voies à l'aide d'une compresse imbibée d'antiseptique et le jeter
- Connecter le système vacutainer ou une seringue de 20 ml
- Ouvrir le robinet
- Prélever 2 tubes secs ou 10 ml de sang pour la purge et les jeter
- Prélever les autres tubes
- Refermer le robinet
- Déconnecter le système vacutainer
- Adapter la seringue de sérum physiologique
- Rincer la voie après avoir rouvert le robinet
- Fermer le robinet et mettre le bouchon

- Remettre les perfusions en route ou hépariner selon prescription médicale
- Eliminer le matériel souillé dans le récupérateur de déchets
- Réinstaller le patient

Patient porteur d'une chambre implantable

- Si le patient est porteur d'une chambre implantable non piquée, procéder à la pose de l'aiguille de Gripper (voir fiche technique FT41).
- Effectuer le prélèvement de sang en jetant les 10 premiers ml de sang.
- **Rincer l'aiguille et la chambre avec 20 ml de sérum physiologique** .
- Injecter une ampoule d'Héparine Dakota selon la prescription médicale.
- Retirer l'aiguille s'il n'y a pas de prescription de perfusions ou d'injections .
- Mettre un pansement
- Eliminer le matériel souillé.
- Ranger le matériel .

- Coller les étiquettes sur les tubes et le bon d'examen.

Transmissions :

- Noter les prélèvements sur le dossier de soins
- Veiller à leur transport rapide au laboratoire
- Transmission télématique ou informatique

Texte réglementaire :	Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CLIN H.A.D. Soins et Santé	
Date de diffusion : Juin 2003 Nb de pages : 2	

TECHNIQUE DE REALISATION D'une HEMOCULTURE CHEZ UN PATIENT SOIGNE A DOMICILE

Objectif :

Permettre le prélèvement de sang en vue de la recherche de germes en évitant une contamination extrinsèque

Matériel :

- Savon doux
- Essuie-mains
- Solution hydro-alcoolique pour les mains
- 1 blouse
- Flacons pour hémoculture : 2 si prélèvement sur voie veineuse périphérique : 1 pour germes aérobies, 1 pour germes anaérobies
  4 si prélèvement sur voie veineuse centrale et périphérique : 2 aérobies, 2 anaérobies
  Eliminer les flacons contenant un liquide trouble
- Solution antiseptique type Bétadine[R] ou Chlorexhidine[R]
- 1 récupérateur d'aiguilles

Si prélèvement sur voie veineuse périphérique : voir fiche technique FT36
- Compresses stériles
- 1 seringue stérile de 20 cc + 1aiguille trocard) si pas de système
- 1 aiguille épicranienne ou un cathlon) vacutainer
- 1 champ stérile
- 1 paire de gants latex stériles
- 1 pansement type Cicaplaie[R]
- 1 aiguille épicranienne ou un cathlon
- 1 garrot

Si prélèvement sur VVC :
- si chambre implantable : voir fiche technique FT41
  1 aiguille de gripper
  1 set de pansement VVC
- si cathéter central : 1 set de débranchement n° 1
  1 paire de gants stériles
- 1 ampoule d'héparine Dakota[R] selon prescription médicale

Recommandations :

Les hémocultures sont réalisées sur prescription médicale

Après avis médical, on préconise la conduite à tenir suivante :

Le prélèvement est à faire chez tout patient présentant une température :
- supérieure à 38°3 ou supérieure à 38° deux fois à 4 h. d'intervalle s'il y a suspicion d'aplasie (chimiothérapie ou radiothérapie au cours des jours précédents, traitement corticoïde au long cours, maladie hématologique).Dans ce cas, une NFP sera demandée en même temps.
- supérieure à 38° 5 quand il n'y a pas de suspicion d'aplasie

- Le prélèvement sera effectué avant la mise en route d'une antibiothérapie (si le patient est déjà sous antibiothérapie, l'hémoculture sera pratiquée en cas de persistance ou de reprise de la fièvre.)
- Si le patient est porteur d'une VVC, il sera effectué un prélèvement sur VVC et un prélèvement sur VVP
- L'ordre de remplissage des flacons n'a pas d'importance
- Si le prélèvement est difficile, remplir de façon préférentielle le flacon anaérobie.
- Bien identifier les flacons de façon claire en notant :
  - le nom et le prénom du patient
  - le site du prélèvement (VVP ou VVC)
  - l'heure du prélèvement
  - l'existence ou non d'un traitement antibiotique
- Veiller au transport rapide des flacons au laboratoire

- Il est inutile d'envelopper les flacons dans du coton
- Il est inutile de laisser un tampon d'antiseptique sur les flacons
- Il est conseillé de refaire 2 à 3 fois le prélèvement (à chaque pic fébrile), ce qui augmente les chances de trouver un germe.

L'usage de gants est préconisé pour permettre la protection A.E.S. (Accident d'exposition au sang). Des gants stériles sont préférés pour la meilleure qualité du toucher qu'ils permettent.

Méthode :

- Appliquer la fiche technique intitulée » Préambule à tout soin à domicile » FT1
- Mettre la blouse
- Décapsuler les flacons à hémocultures et désinfecter le bouchon en procédant à 2 applications successives d'antiseptique
- Se laver les mains FT3

Si prélèvement sur voie veineuse périphérique

- Appliquer la fiche technique FT36
- Installer l'alèse
- Disposer le matériel sur le champ stérile
- Réaliser une antisepsie large autour de la zone à ponctionner en procédant à une antisepsie en 5 temps
- Se frictionner les mains avec une solution hydro-alcoolique FT3
- Poser le garrot
- Enfiler les gants
- Effectuer le prélèvement : 5 à 10 ml par flacon
- Retirer le garrot
- Faire un point de compression au niveau du point de ponction
- Appliquer un pansement

SI PRELEVEMENT SUR VVC

- Appliquer la fiche technique FT40 et FT50
- Mettre les gants stériles
- Prélever les 10 à 20 premiers ml de sang pour l'hémoculture
- **Rincer avec 20 ml de sérum physiologique**
- Effectuer une rinçure d'Héparine selon prescription ou remettre les perfusions en route

SI PRELEVEMENT SUR CHAMBRE IMPLANTABLE

- Appliquer la fiche technique FT41 et FT50
- Prélever les 10 à 20 premiers ml de sang pour l'hémoculture
- **Rincer avec 20 ml de sérum physiologique**
- Effectuer une rinçure héparinée sur prescription ou remettre les perfusions en route

Transmissions :

- Noter sur le dossier de soins :
    - le prélèvement
    - la température du patient
    - l'état général du patient
- Transmission informatique ou télématique :
- Contacter le médecin traitant ou le médecin coordonnateur si nécessaire

Texte réglementaire :	Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CLIN H.A.D. Soins et Santé	
Date de diffusion : Juin 2003 Nb de pages : 2	

Technique de mise en culture d'une voie veineuse centrale chez un patient traité à domicile

OBJECTIF :
Faire le diagnostic de colonisation (culture positive de l'extrémité du cathéter après l'ablation définitive)

Matériel :
- Une paire de ciseaux stérile
- Un poudrier stérile
- Etiquettes du malade et étiquettes PHRC (programme hospitalier de recherche clinique)
- Bon de laboratoire
- Kit de transport spécifique PHRC

Recommandation :
- En cas de suspicion de colonisation de la voie veineuse centrale, le patient est le plus souvent ré-hospitalisé pour avis médical.
- En cas d'ablation de la voie veineuse centrale réalisée par le médecin utiliser la méthode suivante.

Méthode :
- Utiliser la « technique de réfection d'un pansement de vvc » FT38
- Couper l'extrémité du cathéter et le placer dans le poudrier
- Etiqueter le flacon (nom, prénom, date de naissance, et heure de prélèvement)
- Remplir le bon d'examen précisant les données cliniques utiles.

Organisation du transport au laboratoire :

- L'examen doit être transporté dans un délai inférieur à 4 heures au laboratoire MERIEUX.
  (adresse : avenue Tony Garnier 69007 Lyon)
- Horaires d'ouverture du laboratoire :
- Du lundi au vendredi de 8h à 18h
- Le samedi de 8h à 13h
- En cas de délai d'acheminement supérieur à 4 heures, le flacon doit être conservé à 4°(frigo), puis transporté dans une boîte isotherme au plus tard dans la journée.
- En cas de prélèvement en dehors des heures d'ouverture du laboratoire, ce dernier sera acheminé au laboratoire de garde habituel (exclusion du patient de l'étude)

Texte réglementaire :	Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation Comité de pilotage du PHRC	
Date de diffusion Juillet 2003 Nb de pages : 1	

TECHNIQUE DE MISE EN CULTURE D'UNE SONDE A DEMEURE CHEZ UN PATIENT TRAITE A DOMICILE

Objectif :

Faire le diagnostic de colonisation (culture positive de l'extrémité de la sonde) après ablation définitive.

Matériel :

- Une paire de ciseaux stérile
- Un poudrier stérile
- Etiquettes du malade et étiquettes PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique)
- Bon de laboratoire
- Kit de transport spécifique PHRC

Recommandations :

Sur le dossier de soins :

- noter l'aspect de l'extrémité de la sonde
- noter la date et l'heure d'ablation de la sonde
- transmission informatique ou télématique
- contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur

Méthode :

- Appliquer la fiche intitulée « Technique d'ablation de sonde à demeure d'une personne soignée à domicile » FT27.
- Couper l'extrémité de la sonde avec les ciseaux stériles et la placer dans le poudrier.
- Etiqueter le flacon (nom, prénom, date de naissance, date et heure de prélèvement).
- Remplir le bon d'examen précisant les données cliniques utiles.

Organisation du transport au laboratoire :

- L'examen doit être transporté dans un délai inférieur à 4 Heures au Laboratoire MERIEUX (adresse : avenue Tony Garnier – 69007 Lyon).
  - horaires d'ouverture du laboratoire :
    du lundi au vendredi de 8 H à 18 H
    le samedi de 8 H à 13 H
- En cas de délai d'acheminement supérieur à 4 Heures , le flacon doit être conservé à 4° (frigo), puis transporté dans une boîte isotherme au plus tard dans la journée
- En cas de prélèvement en dehors des heures d'ouverture du laboratoire, ce dernier sera acheminé au laboratoire de garde habituel (exclusion du patient de l'étude).

Texte réglementaire :	Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 2 – Article 3 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation Comité de pilotage du PHRC	
Date de diffusion : Juillet 2003 Nb de pages : 1	

TECHNIQUE DE CHANGE DE SONDE DE CYSTOSTOMIE CHEZ UNE PERSONNE SOIGNEE A DOMICILE

Objectif :

Mettre en place un système stérile de vidange continu de la vessie par voie transcutanée en cas d'obstacle sur l'urètre

Matériel :

- 1 blouse non tissée
- Savon doux
- Solution hydro-alcoolique

Pour le sondage : utiliser le set de sondage

- Antiseptiques prescrits
- 1 sonde urinaire de calibre adapté
- 1 sac collecteur stérile
- Lubrifiant stérile prescrit
- 1 flacon stérile pour prélèvement si besoin

Pour le pansement, se référer à la FT31 intitulée " Pansement de propreté chez une personne soignée a domicile"

Recommandations :

- La première sonde de cystostomie est posée par le chirurgien lors de l'abouchement de la vessie à la peau.
- La sonde de cystotomie se change tous les mois sauf prescription contraire ou sauf incident survenant avant.
- Faire un pansement occlusif autour de la sonde au niveau de l'orifice de cystostomie. Il sera changé tous les 3 jours sauf si souillé ou décollé.
- Fixer la sonde sur l'abdomen.
- Ne pas désadapter le sac.
- Les prélèvements d'urine s'effectuent, après désinfection, sur le site de prélèvement situé sur le sac.
- Ne pas laisser le sac collecteur à terre lors des mobilisations.
- Prévoir la fixation du sac au lit, à un niveau inférieur à la vessie.
- Manipuler le robinet de vidange du sac avec une compresse imbibée d'antiseptique.
- Vidanger le sac avant chaque mobilisation de façon à ne pas mouiller le filtre, ce qui rendrait le système anti-reflux inefficace.

Méthode :

- Appliquer la fiche technique intitulée «Préambule à tout soin à domicile» FT1
- Mettre une blouse non tissée
- Se laver les mains : lavage simple et désinfection hygiénique par friction (cf. FT3)
- Ouvrir le set
- Disposer sur le champ stérile le matériel nécessaire au sondage
- Dégonfler le ballonnet de la sonde en place et procéder à son ablation. au moyen de compresses stériles.
- Refaire une friction hygiénique des mains
- Mettre les gants stériles.
- Remplir la seringue d'eau stérile
- Découper les extrémités du manchon stérile entourant la sonde suivant les pointillés.
- Vérifier l'étanchéité du ballonnet
- Adapter la sonde au sac collecteur

- Fermer le robinet de vidange du sac.
- Lubrifier la sonde si nécessaire.
- Procéder à la désinfection de la peau en 5 temps (cf. FT5)
- Disposer le champ troué sur la personne soignée
- Introduire la sonde dans la vessie. A l'apparition des urines, pousser encore la sonde de quelques centimètres ; il est inutile de l'enfoncer jusqu'à la garde.
- Gonfler le ballonnet selon indications portées sur la sonde.
- Retirer délicatement la sonde jusqu'à une sensation de résistance.
- Déchirer le manchon protecteur de la sonde et retirer le champ stérile.
- Réaliser un pansement occlusif autour de la sonde. (cf. FT31)
- Procéder à la fixation de sécurité de la sonde sur l'abdomen de la personne soignée.
- Accrocher le sac collecteur au lit.
- Enlever les gants.
- Réinstaller confortablement la personne soignée.
- Eliminer le matériel souillé (cf. FT2)
- Se laver les mains (cf. FT3)

Evaluation - Transmissions :

Sur le dossier de soins :
- Noter l'état général de la personne soignée.
- Noter la date de changement de la sonde de cystostomie et son calibre
- Noter l'aspect et la quantité des urines recueillies.
- Noter si difficultés techniques lors du sondage.

Transmission télématique ou informatique
- Saisir l'acte effectué et la cotation correspondante
- Transmettre toute anomalie ou changement dans l'état de la personne soignée.

Contacter le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur si nécessaire.

Texte réglementaire : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 – Article 4 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales
Validation CLIN – H.A.D. Lyon
Date de diffusion : Novembre 2004 Nb de pages : 2